



Kelan kehittämän monimuotoisen perhekuntoutuksen tuloksellisuus, soveltuvuus ja hyväksyttävyys

Miika Vuori
Annamari Tuulio-Henriksson
Ilona Autti-Rämö



Kirjoittajat

Miika Vuori, erikoistutkija, VTT
Kelan tutkimus

Annamari Tuulio-Henriksson, tutkimusprofessori, FT, dosentti
Kelan tutkimus

Ilona Autti-Rämö, tutkimusprofessori, LKT, johtava ylilääkäri
Kela

etunimi.sukunimi@kela.fi



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

© Kirjoittajat ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri

ISBN 978-952-284-052-3 (pdf)

ISSN-L 2343-2780

ISSN 2343-2799 (verkkojulkaisu)

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018112248835>

Julkaisija: Kela, Helsinki, 2018

KELAN TUTKIMUS

julkaisut@kela.fi

www.kela.fi/tutkimus

www.fpa.fi/forskning

www.kela.fi/research

Tiivistelmä

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. **Kelan kehittämän monimuotoisen perhekuntoutuksen tuloksellisuus, soveltuvuus ja hyväksyttävyyys.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 11, 2018. 92 s. ISBN 978-952-284-052-3 (pdf).

Tutkimuksessa tarkasteltiin Kelan perhekuntoutuksen tuloksellisuutta, soveltuvuutta ja hyväksyttävyyttä. Kuntoutus oli tarkoitettu 5–12-vuotiaille lapsille, joilla oli diagnosoitu neuropsykiatrisen häiriön, ja heidän perheilleen. Seurantatutkimukseen osallistui 198 perhettä, joista 20 keskeytti kuntoutuksen tai tutkimuksen. Tietoa kerättiin lapsilta, heidän huoltajiltaan ja opettajiltaan. Tutkimukseen osallistuneita seurattiin ilman kokeellisen tutkimuksen vertailuasetelmaa. Tuloksellisuus viittaa mahdolliseen muutokseen kahden mittauspisteen välillä: kuntoutusprosessin alkaessa ja päättyessä. Huoltaja-arvioiden perusteella lasten empatiakyky vahvistui ja tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteet vähentyivät. Huoltajien kokema vanhemmuuteen liittyvä stressi vähentyi. Opettajien arvioiden perusteella lasten sosiaalinen toimintakyky ei juurikaan muuttunut. Perheenjäsenten arviot yhteistyöstä olivat myönteiset. Kuntoutuksen keskeyttäneiden perheiden määrä osoittautui melko pieneksi. Perhelähtöinen työskentelyote saattaa vahvistaa perheiden sitoutumista kuntoutukseen erilaisista käytännön syistä, kuten helpottamalla aikataulujen yhteensovittamista. Enemmistö lapsista ja huoltajista oli tyytyväisiä tapaamisten määrään. Osa perheistä koki tapaamisia olleen liian vähän ja kaipasi tapaamisia tiheämmin. Perhekuntoutus saattaa vähentää lasten tunnesäätelyn ja käyttäytymisen pulmia ja vanhemmuuteen liittyvää stressiä. Lasten ja perheiden arjessa tapahtuva työskentely saattaa vahvistaa tuen tehoa. Tutkimusasetelman vuoksi emme pysty kuitenkaan sanomaan tarkasti, missä määrin muutos on tulkittavissa kuntoutuksen aikaansaamaksi. Osalla lapsista ilmeni neuropsykiatriseen oireiluun liittyviä sosiaalisen toimintakyvyn haittoja kuntoutuksen päättyessä. Jatkossa on tärkeää etsiä keinoja, joiden avulla lasten toimintakykyä voidaan vahvistaa laaja-alaisesti eri kasvuympäristöissä, kuten koulussa.

Avainsanat: kuntoutus, psykiatrisen kuntoutus, neuropsykiatria, lapset (ikäryhmät), lapset (perheenjäsenet), vanhemmat, huoltajat, opettajat, perheet, perhekuntoutus, tunnetaidot, sosioemotionaaliset taidot, empatia, käyttäytymishäiriöt

Sammandrag

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. **FPA:s multidisciplinära familjerehabilitering – effekt, ändamålsenlighet och acceptabilitet**. Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: rapporter 11, 2018. 92 s. ISBN 978-952-284-052-3 (pdf).

I undersökningen granskades FPA:s familjerehabilitering med avseende på effekt, ändamålsenlighet och acceptabilitet. Rehabiliteringen var avsedd för barn i åldern 5–12 år med diagnostiserad neuropsykiatrisk störning och deras familjer. I den uppföljande undersökningen deltog 198 familjer, av vilka 20 avbröt rehabiliteringen eller undersökningen. Information samlades in av barnen, deras vårdnadshavare och deras lärare. Deltagarna i undersökningen iaktogs men man hade inga jämförelsegrupper som vid experimentell undersökning. Med effekt avses här den eventuella förändringen mellan tidpunkten för den första och tidpunkten för den sista mätningen. Enligt vårdnadshavarnas bedömning stärktes barnens empatiska förmåga samtidigt som svårigheterna med känsloreglering och beteende minskade. Den stress som vårdnadshavarna upplevde i föräldraskapet minskade. Enligt lärarnas bedömning förändrades barnens sociala funktionsförmåga inte nämnvärt. Familjemedlemmarna upplevde samarbetet som positivt. Relativt få familjer avbröt rehabiliteringen. Ett familjeorienterat arbetssätt kan öka familjens engagemang i rehabiliteringen av olika praktiska skäl, till exempel om man försöker få allas tidtabeller att passa ihop. Majoriteten av barnen och vårdnadshavarna var nöjda med antalet sammankomster. En del familjer ansåg att sammankomsterna hade varit för få och efterlyste tätare sammankomster. Familjerehabiliteringen kan minska såväl barnens svårigheter med känsloreglering och beteende som vårdnadshavarnas stress i föräldraskapet. Rehabiliteringen kan få ökad effekt då den genomförs i barnens och familjernas hemmiljö. På grund av undersökningens utformning kan vi dock inte exakt säga i vilken mån förändringarna kan anses vara ett resultat av rehabiliteringen. En del av barnen uppvisade neuropsykiatriska symtom i form av problem med den sociala funktionsförmågan när rehabiliteringen avslutades. I framtiden är det viktigt att försöka hitta sätt att förbättra barnens funktionsförmåga på ett övergripande sätt i olika miljöer, till exempel i skolan.

Nyckelord: rehabilitering, psykiatrisk rehabilitering, neuropsykiatri, barn (åldersgrupper), barn (familjemedlemmar), föräldrar, vårdnadshavare, lärare, familjer, familjerehabilitering, emotionella färdigheter, socioemotionella färdigheter, empati, beteendestörningar

Summary

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. **Tentative effectiveness, feasibility and acceptability of a multifaceted family-based intervention.** Helsinki: Social Insurance Institution of Finland, Social security and health reports 11, 2018. 92 pp. ISBN 978-952-284-052-3 (pdf).

The study examined the tentative effectiveness, feasibility and acceptability of a multifaceted family-based intervention for clinically referred children (aged 5–12) with neurodevelopmental conditions, and their families. In this observational study design, multi-informant ratings were collected from children, parents and teachers at baseline and at final evaluation. Altogether, 198 families participated in the study, of which 20 withdrew from either the intervention or the study. Parent-ratings indicated that children displayed increased empathy and decreased emotional dysregulation and behavioural difficulties at the end of the treatment. According to teacher ratings, however, no significant changes were detected. Family members were satisfied with the treatment procedures. Family-based approach may strengthen adherence, for example, by easing conflicts that stem from scheduling. Most of the participants were satisfied with the number of therapeutic sessions. However, some respondents hoped for more frequent sessions. To conclude, family-based treatment may decrease both emotional dysregulation and behaviour difficulties in children and stress in parents. Due to the study design, however, the results are tentative at best. Furthermore, clinically referred children with neurodevelopmental conditions are at risk for continued self-control deficits, even when treated with intensive psychosocial intervention. Most importantly, enhanced strategies are required in order to improve children's functioning in school settings.

Keywords: rehabilitation, psychiatric rehabilitation, neuropsychiatry, children (age groups), children (family members), parents, providers, teachers, families, family rehabilitation, emotional skills, socio-emotional skills, empathy, behavioural disorders

Alkusanat

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan monimuotoisen perhekuntoutuksen soveltuvuutta Kelan järjestämäksi harkinnanvaraiseksi kuntoutuspalveluksi. Kela on kehittänyt aktiivisesti järjestämiään lapsiperhepalveluja 2000-luvulla. Vuonna 2010 Kelassa käynnistettiin monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämistoiminta. Perhekuntoutuksen kohderyhmäksi rajattiin 5–12-vuotiaat lapset, joilla oli diagnosoitu kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö, ja heidän perheenjäsenensä. Kuntoutustoiminta perustui perhe- ja vuorovaikutusterapeuttiseen työskentelyyn. Lasten perhekuntoutuksen kehittämishankkeessa (LAKU-hanke) perhekuntoutusta suunnattiin suurissa kaupungeissa ja niiden lähialueilla asuville perheille. Lasten perhekuntoutuksen etämallin kehittämishankkeessa (Etä-LAKU-hanke) perhekuntoutusta oli puolestaan tarjolla perheille, jotka asuivat kaukana sosiaali- ja terveydenhuollon lapsiperhepalveluista, ja perhetyöntekijät tapasivat lapsia ja perheitä kasvokkain kodin ja koulun arjessa.

Tämän seurantalutkimuksen tulosten avulla saatiin tärkeää tietoa perhelähtöisen psykososiaalisen tuen käyttöaiheista ja neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja heidän perheidensä kokemasta kuntoutuksen tuloksellisuudesta. Nykytiedon valossa huoltajien ja opettajien rooli on keskeinen lasten neuropsykiatriseen oireiluun liittyvien tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmien ehkäisyssä ja hoidossa. Koska perhekuntoutus liittyy sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoon että oppilashuoltoon, toivomme tutkimuksesta olevan hyötyä perheiden ohella myös lasten ja perheiden arjessa työskenteleville ammattihenkilöille.

Haluamme kiittää lämpimästi tutkimukseen osallistuneita lapsia, heidän huoltajiaan ja opettajiaan. Kiitämme myös perhekuntoutuksen palveluntuottajia erinomaisesta yhteistyöstä. Kiitämme Kelan tutkimusryhmän tutkimusassistentti Kristiina Dammertia, Heidi Nissistä, Iris Sandelinia ja Anna-Marie Paavosta avusta tutkimuksen käytännön järjestelyissä ja toteutuksessa, ja erikoistutkija Maria Valastetta tilastotieteellisestä konsultaatiosta. Lisäksi haluamme kiittää Kelan kuntoutusryhmää hyvästä ja sujuvasta yhteistyöstä, samoin kuin ulkopuolista asiantuntijaryhmää tuesta tutkimusta käynnistettäessä. Kiitämme myös Kelan julkaisutoimiksesta Tarja Hyväristä, Maini Tulokasta, Leena Rautjärveä, Jaana Ahlstedtia ja kääntäjistä Christel Forsblomia käsikirjoituksen huolellisesta tarkastamisesta, muokkaamisesta ja kielenhuollosta.

Helsingissä marraskuussa 2018

Miika Vuori, Annamari Tuulio-Henriksson ja Ilona Autti-Rämö

Sisältö

1 Johdanto.....	9
2 Lapsiperheiden mielenterveyspalvelujen tutkimus- ja kehittämistoiminta Suomessa	10
3 Aikaisempi tutkimus aiheesta	12
3.1 Yleisimmät kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt lapsilla	12
3.2 Neuropsykiatriseen oireiluun liittyvät tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmat.....	13
3.3 Perhelähtöisen psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen periaatteet ja käyttöaiheet.....	15
3.4 Perhelähtöisen psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuus	16
3.5 Perhelähtöisen hoidon ja kuntoutuksen erityiset tekijät – sisältö ja toteutustavat	18
3.6 Perhelähtöisen psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen yleiset tekijät	20
4 Tutkimuksen toteutus.....	22
4.1 Tausta ja tarkoitus.....	22
4.2 Tutkimusasetelma	23
4.3 Tutkimuskonteksti.....	23
4.4 Tutkimuksen kohderyhmä.....	23
4.5 Aineiston keruu	24
4.6 LAKU- ja Etä-LAKU-perhekuntoutuksen sisältökuvaukset ja kesto	27
4.7 LAKU- ja Etä-LAKU-perhekuntoutuksen keskeiset erot	27
4.8 Seurantatutkimuksen tulosmuuttujat.....	28
4.9 Seurantatutkimusaineiston analyysit	29
4.10 Vastaajakato, osittaiskato ja puuttuvien arvojen korvaaminen	30
4.11 Työntekijöiden fokusryhmähaastattelut ja aineiston analyysit	30
4.12 Tutkimuseettiset huomiot	31
5 Tulokset.....	32
5.1 Monimuotoisen perhekuntoutuksen tuloksellisuus	32
5.1.1 Lapsen sosiaaliset taidot ja tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteet.....	32
5.1.2 Lapsen elämänlaatu.....	34
5.1.3 Lapsen sosiaalinen ja emotionaalinen yksinäisyys	36
5.1.4 Huoltajien pystyvyyden tunne ja vanhemmuuteen liittyvä stressi	37
5.1.5 Huoltajien psyykkinen kuormittuneisuus ja ahdistuneisuus	38

5.2	Monimuotoisen perhekuntoutuksen soveltuvuus ja hyväksyttävyy.....	39
5.2.1	Lasten arviot ja vastaukset	39
5.2.2	Huoltajien arviot ja vastaukset	43
5.2.3	Opettajien arviot ja vastaukset	50
5.3	Työntekijöiden näkemyksiä perhekuntoutuksesta	54
5.3.1	Kuntoutukseen ohjautuminen	54
5.3.2	Kohderyhmän ikään liittyvät erityishuomiot	56
5.3.3	Huoltajien hyvinvoinnin huomioiminen.....	57
5.3.4	Kuntoutuksen ja muun hoidon keskinäinen suhde.....	58
5.3.5	Perhekuntoutuksen menetelmistä ja sisällöistä	59
5.3.6	Perhekuntoutuksen yleiset tekijät.....	60
5.3.7	Päiväkodin ja koulun rooli	62
5.3.8	Perhekuntoutuksen toteutuksen keskeisimmät haasteet.....	63
6	Pohdinta.....	65
6.1	Perhekuntoutuksen tuloksellisuus.....	65
6.1.1	Lapsen sosiaalinen toimintakyky	65
6.1.2	Huoltajien ja perheen hyvinvointi	66
6.1.3	Muutokset päiväkodin ja koulun arjessa	68
6.2	Perhekuntoutuksen soveltuvuus ja hyväksyttävyy	69
6.2.1	Perhekuntoutuksen rooli lapsiperheiden palvelujärjestelmässä	69
6.2.2	Perhelähtöisen kuntoutuksen sisältö ja yhteistyö.....	71
6.3	Perhekuntoutuksen tutkimuksen haasteita ja jatkonäkymiä	72
7	Johtopäätökset	75
Lähteet		76
Liiteluettelo.....		92

1 Johdanto

Kelan järjestämä kuntoutus täydentää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja mukaan lukien lapsiperhepalvelut. Lakisääteinen vaativa lääkinällinen kuntoutus on tarkoitettu esimerkiksi lapsille, joilla psyykinen ja neuropsykiatrinen oireilu aiheuttaa huomattavia vaikeuksia selviytyä arjen toimissa. Lapsen vaativa lääkinällinen kuntoutus muodostuu psykoterapiasta, toimintaterapiasta, fysioterapiasta, puheterapiasta, musiikkiterapiasta tai neuropsykologisesta kuntoutuksesta (ks. Huikko ym. 2017, 78–86). Kelan harkinnanvarainen kuntoutus puolestaan täydentää Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen palveluja. Kela järjestää lapsiperheille harkinnanvaraisena kuntoutuksena esimerkiksi sairausryhmäkohtaisia sopeutumisvalmennuskursseja (Härkäpää ym. 2017).

Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen rahoitusta kohdistetaan myös kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittäminen on ollut 2000-luvulla yksi Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen kehittämistyön painopistealueista. Vuosina 2005–2009 toteutuneessa Lapset ja nuoret -hankkeessa (LN-hanke) arvioitiin erilaisten perhelähtöisten kuntoutuskäytäntöjen soveltuvuutta 5–25-vuotiaiden lasten, nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden hoidossa (Linnakangas ym. 2010).

Vuonna 2010 Kelassa käynnistettiin monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämistoiminta. Monimuotoisen perhekuntoutuksen kohderyhmäksi rajattiin 5–12-vuotiaat lapset ja heidän perheenjäsenensä. Lasten perhekuntoutuksen kehittämishankkeessa (LAKU-hanke) perhekuntoutusta oli saatavilla suurissa kaupungeissa ja niiden lähialueilla asuville perheille. Lasten perhekuntoutuksen etämallin kehittämishankkeessa (Etä-LAKU-hanke) perhekuntoutusta oli puolestaan tarjolla perheille, jotka asuivat kaukana sosiaali- ja terveydenhuollon lapsiperhepalveluista. Etä-LAKU-kuntoutusta toteutettiin siten, että perhetyöntekijät tapasivat lapsia ja perheitä kasvokkain kodin ja koulun arjessa.

Tässä havaintotutkimuksessa tarkastellaan LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutusohjelmien tuloksellisuutta kliinisesti rajatussa kohderyhmässä. Tutkimuksen tarkoituksena on myös arvioida Kelan kehittämän monimuotoisen perhekuntoutuksen soveltuvuutta ja hyväksyttävyyttä. Tutkimukseen osallistuneita henkilöitä seurattiin ilman kokeellisen tutkimuksen vertailuasetelmaa. Tuloksellisuus tarkoittaa mahdollisesti havaittua muutosta kahden mittausajankohdan välillä (alku- ja loppumittaus). Soveltuvuudella ja hyväksyttävyydellä puolestaan tarkoitetaan kuntoutukseen osallistuneiden lasten, huoltajien ja opettajien käyttäjäkokemuksia, kuten koettuja hyötyjä ja haittoja sekä arvioita kuntoutuksen toimintasisällöistä ja toteutuksesta (Sidani ja Braden 2011). Vastaavaa seurantatutkimusta Kelan lapsille järjestämästä kuntoutuksesta ei ole toistaiseksi tehty.

2 Lapsiperheiden mielenterveyspalvelujen tutkimus- ja kehittämistoiminta Suomessa

Lasten mielenterveyden häiriöihin lukeutuvat tunne-elämän (esim. ahdistuneisuus) ja käyttäytymisen häiriöt (esim. uhmakkuus- ja käytöshäiriö) sekä kehitykselliset neuropsykiatriset oireyhtymät (esim. aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ADHD ja autismikirjon häiriö). Tutkimusten mukaan lasten psyykkinen ja neuropsykiatrisen oireilu tunnistetaan aiempaa paremmin, mikä on yksi syy sille, että lasten diagnosointi, hoitoon ohjautuminen ja lapsiperheiden mielenterveyspalvelujen käyttö ovat lisääntyneet (Bor ym. 2014; Sourander ym. 2016; Gyllenberg ym. 2018; Rydell ym. 2018). Kotimaisessa pitkittäistutkimuksessa havaittiin, että noin 13 % syntymäkohortin lapsista oli ohjattu lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon 14 ikävuoteen mennessä (Gyllenberg ym. 2014). Tuoreessa palvelujärjestelmäselvityksessä puolestaan tarkasteltiin lapsipotilaiden määrän kasvua 2010-luvulla. Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidossa hoidettujen 5–12-vuotiaiden lasten määrä kasvoi 22 %:lla vuosina 2011–2015, ja vuonna 2015 lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon avohoidon piirissä oli lähes 15 000 lasta (noin 3 % samanikäisestä väestöstä). Yleisimmät päädiagnoosiryhmät olivat lapsen ADHD ja uhmakkuus- ja käytöshäiriö (Huikko ym. 2017, 33–34, 37; ks. myös Gyllenberg ym. 2018).

Lastensuojelulaissa (L 417/2007 § 2) on säädetty, että huoltajilla on ensisijainen vastuu lapsensa hyvinvoinnista. Lasten ja perheiden kanssa toimivien viranomaisen tulee puolestaan tukea huoltajia lapsen kasvatuksessa ja tarjota asianmukaista tukea perheille riittävän varhain. Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseksi varhaiskasvatuksen ja opetuksen (esim. oppilashuolto), terveyspalvelujen (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon) ja sosiaalipalvelujen (esim. perheneuvola) rooli on keskeinen. Tämän lisäksi lapsiperheiden hyvinvointia tukevia palveluja tarjoavat esimerkiksi potilasjärjestöt. (Huikko ym. 2017, 16–17, 109–111.)

Lapsen kasvun ja kehityksen haasteiden varhainen tunnistaminen ja ehkäisevän tuen tarjoaminen ovat avainasemassa edistettäessä lapsiperheiden hyvinvointia (Rimpelä ja Rimpelä 2015; Sourander ym. 2016; Wahlbäck ym. 2017; Sourander ym. 2018). Erikoissairaanhoidon asiakasmäärän kasvu saattaa kertoa esimerkiksi siitä, että varhaista tukea on vaihtelevasti saatavilla, ja että tukimuotojen saatavuus painottuu erikoissairaanhoidon (Gyllenberg ym. 2014; Huikko ym. 2017). Varhaiskasvatusta, koulun oppilashuoltoa, sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä kuntoutusjärjestelmää tarkastelevien tuoreiden selvitysten ja kannanottojen perusteella kotimainen palvelujärjestelmä on edelleen melko pirstaleinen, ja perheiden saama tuki vaihtelee myös alueellisesti (Eduskunnan tarkastusvaliokunta 2013; Huikko ym. 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017; Wahlbäck ym. 2017).

Oppimisen ja koulunkäynnin tuen, koulun oppilashuollon ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallien tuloksellisuudesta on ryhdytty vaatimaan tutkimusnäyttöä (Raunio 2010; Eduskunnan tarkastusvaliokunta 2013; Borg 2015; Määttä ym. 2017;

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017). Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa parhaan ja ajan tasalla olevan tutkimustiedon harkittua käyttöä sekä hyödyntämistä muun muassa lasten ja perheiden hyvinvoinnin tukemisessa (Borg 2015). Tutkituin oppilashuollon toimintamalli on 2000-luvulla kiusaamisen ehkäisemiseen ja vähentämiseen kehitetty KiVa Koulu -toimenpideohjelma (Kärnä ym. 2013). Viime vuosina on tutkittu ja kehitetty myös alakoululaisten tunne- ja vuorovaikutustaitoja vahvistavaa Yhteispeli-toimintamallia (Kiviruusu ym. 2016), ja tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen ongelmia ehkäisevää ProKoulu-toimintamallia (Närhi ym. 2017).

Lapsiperheiden hyvinvoinnin vahvistaminen on ollut erittäin vahvasti esillä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisissa kehittämisohjelmissa. Tarkoituksena on ollut kehittää esimerkiksi erityisen ja intensiivisen tuen palveluja siten, että perhetyöntekijät osallistuvat enenevässä määrin lasten ja perheiden arkeen (Hastrup ym. 2013). Lasten ja perheiden hyvinvoinnin vahvistamiseen tähtäävien toimintamallien järjestelmällinen tutkimus on kuitenkin ollut Suomessa melko vähäistä (Raunio 2010; Eduskunnan tarkastusvaliokunta 2013; Karjalainen ym. 2016; Määttä ym. 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Ja vaikka kansallisten kehittämisohjelmien puitteissa on tuotettu lukuisia toimintamalleja, tietoa toimintamallien tuloksellisuudesta ei ole juurikaan saatavilla (Eduskunnan tarkastusvaliokunta 2013; Borg 2015; Rimpelä ja Rimpelä 2015; Huikko ym. 2017). Hoitomenetelmien tutkimus on kuitenkin vahvistunut. Alun perin Kanadassa kehitetty ja Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksen Suomeen tuoma Voimaperheet-toimintamalli (*Strongest Families*) on myös Suomessa osoittautunut tehokkaaksi menetelmäksi alle kouluikäisten lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen ongelmien ehkäisyssä (Sourander ym. 2016; 2018). Tällä hetkellä on myös käynnissä alakouluikäisten lasten ahdistuneisuuden hoitoon suunnatun digitaalisen menetelmän ja lastensuojelun toimintaympäristössä hyödynnettävän ryhmämuotoisen strukturoidun vanhempainohjauksen vaikuttavuustutkimukset.

3 Aikaisempi tutkimus aiheesta

3.1 Yleisimmät kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt lapsilla

Neuropsykiatrisen lähestymistavan mukaan erilaisten kehityksellisten neuropsykiatristen oirekuvien taustalla on aivojen hermoverkkojen poikkeavaa toimintaa (Vataja 2011a), keskushermoston ja aivojen rakenteellisia kehitysviivästyksiä (Shaw ym. 2007; Tarver ym. 2014) ja toiminnanohjauksen pulmia (Vataja 2011b; Zelazo ja Carlson 2012). Nämä tekijät vaikuttavat esimerkiksi lapsen sosiaaliseen toimintaan, ajatteluun ja tunteiden ilmaisuun. ADHD:n ja autismikirjon häiriöiden periytyvyysaste on korkea (Thapar ym. 2013; Tick ym. 2015; Stergiakouli ym. 2017). Toisaalta erilaisten alttiusgeenien lukumäärä on huomattavan suuri. Tämän lisäksi erilaiset ympäristötekijät vaikuttavat geenien ilmentymiseen (Faraone ym. 2015). Myös erilaiset yksilölliset tekijät (esim. temperamentti- ja kasvuympäristötekijät) ovat yhteydessä neuropsykiatrisen oirekuvan ilmiöihin (Martel 2016). Oirekuvien taustalla onkin nykyasenteen mukaan monitekijäinen ja haitta-asteen kehittymiseen ja enustamiseen vaikuttavat ennen kaikkea perimän ja ympäristötekijöiden yhdysvaikutukset (Thapar ym. 2013; Käypä hoito -suositus 2017).

ADHD on esiintyvyydeltään yleisin kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö. ADHD:n esiintyvyys lapsiväestössä on tuoreimpien meta-analyysien perusteella noin 3–7 % (Polanczyk ym. 2015; Thomas ym. 2015; Käypä hoito -suositus 2017). ADHD:n ydinoireita ovat toimintakykyä heikentävä toistuva, pitkäkestoinen ja useissa kasvuympäristöissä esiintyvä tarkkaamattomuus, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. ADHD:n tarkkaamattomassa esiintymismuodossa lapsilla korostuvat esimerkiksi huolimattomuusvirheet ja keskittymisvaikeudet koulutehtävissä, kuten myös sinnikkyyttä edellyttävien asioiden välttely ja asioiden unohtelu. Lapset saattavat myös häiriintyä herkästi ulkopuolisista ärsykkeistä. (Diamond 2005; Faraone ym. 2015.) ADHD:n hyperaktiivis-impulsiivisessa esiintymismuodossa lapsilla ilmenee muun muassa motorista levottomuutta ja liiallista äänekkyyttä. Lasten voi olla vaikeaa pysyä paikoillaan koulun oppitunneilla tai odottaa vuoroaan ryhmäleikeissä. (Frick ja Nigg 2012; Faraone ym. 2015; Käypä hoito -suositus 2017.) ADHD:n yhdistyneessä esiintymismuodossa lapsella esiintyy sekä tarkkaamattoman että hyperaktiivis-impulsiiviseen esiintymismuotoon liittyviä oireita (Frick ja Nigg 2012; Faraone ym. 2015).

Lasten autismikirjon häiriöitä luonnehtivat sosiaalisen vuorovaikutuksen, kommunikaation ja kognitiivisten taitojen merkittävät kehitykselliset poikkeavuudet (Moilanen ja Rintahaka 2016). Sosiaalisen vuorovaikutuksen haasteet ilmenevät esimerkiksi vaikeuksina tunnistaa muiden ihmisten aikomuksia ja tunnetiloja. Autismikirjon piirteisiin liittyy myös vaikeus aloittaa tai ylläpitää vastavuoroista keskustelua, ja ylipäätään vähäinen kiinnostus muita ihmisiä kohtaan. Lisäksi lapsilla saattaa esiintyä taipumusta kaavamaiseen käyttäytymiseen ja toistaviin toimintoihin, jotka hankaloittavat leikkiä ja sosiaalista kanssakäymistä. (Tani ym. 2011; Moilanen ja Rinta-

haka 2016.) Autismikirjon häiriöiden esiintyvyys on noin 0,8–1,5 % (Moilanen ja Rintahaka 2016; Lyall ym. 2017). Vaikeaan autismikirjoon liittyy älyllistä kehitysvammaisuutta. Lievemmissä oirekuissa eli niin sanotussa korkeasuoritteisessa autismikirjossa lapsen puheen ja kielen oppiminen etenee usein normaalin kehityksen rajoissa. Lapsilla saattaa ilmetä jopa poikkeuksellisen vahvoja ja kapea-alaisia älykkyyteen, muistamiseen ja havaitsemiseen liittyviä erityistaitoja. (Tani ym. 2011; Lyall ym. 2017.) Lievemmat autismikirjon piirteet havaitaan usein vasta kouluiässä, jolloin ympäristön vaatimukset ja erityisesti erilaiset sosiaalisen vuorovaikutuksen haasteet alkavat korostua (Tani ym. 2011; Moilanen ja Rintahaka 2016). Aspergerin oireyhtymä (AS) sisällytettiin psykiatriin tautiluokituksiin 1990-luvulla. Tämä on lisännyt yleistä tietoisuutta lasten autismikirjon häiriöistä. AS-diagnoosi jätettiin kuitenkin pois Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen tuoreimmasta tautiluokituksesta (DSM-5), jossa autismikirjon häiriöiden luokka kattaa edeltävän luokituksen (DSM-IV) lapsuusiän autismin ja laaja-alaisen kehityshäiriöiden – mukaan lukien Aspergerin oireyhtymän – kategoriat. Suomalaisissa hoitokäytännöissä AS löytyy vielä toistaiseksi käytössä olevasta tautiluokituksesta (ICD-10). (Leppämäki ja Niemelä 2014.)

3.2 Neuropsykiatriseen oireiluun liittyvät tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmat

Lapsilla voi esiintyä laaja-alaisesti neuropsykiatrista oireilua, sillä oirekuvilla on taipumusta kasaantua samoille henkilöille. Esimerkiksi subkliinistä tai kliinisesti merkittävää ADHD-oireilua voi ilmetä samanaikaisesti autismikirjon häiriöiden yhteydessä ja päinvastoin. (Tani ym. 2011; Chiang ja Sur-Fen Gau 2016; Franke ym. 2018.) Neuropsykiatrisen oireilun yhteydessä puhutaan tyypillisesti myös toiminnanohjauksen pulmista. Toiminnanohjauksella viitataan aivojen otsalohkojen sekä muiden keskeisten aivoalueiden verkostomaiseen toimintaan. Toiminnanohjaus sisältää toiminnan suunnittelun, kognitiivisen joustavuuden, itsesäätelyn ja toiminnan toteuttamisen (Närhi ja Korhonen 2006). Etenkin etuotsalohkojen kehityksellä on merkittävä rooli käyttäytymisen ja tunnesäätelyn kehityksessä (Shaw ym. 2007; Vataja 2011b; Faraone ym. 2015; Brotman ym. 2017; Wakschlag ym. 2018). Toiminnanohjauksen haasteet neuropsykiatrisesti oireilevilla lapsilla ilmenevät esimerkiksi psyykkisenä joustamattomuutena. Joustamattomuutta kuvastaa muun muassa vaikeus muunnella käyttäytymistä ja toimintaa sosiaalisten tilannetekijöiden mukaan (Vataja 2011b; Zelazo ja Carlson 2012; Schoemaker ym. 2013). Lapsilla voi esiintyä myös takertumista rutiineihin ja voimakasta vastarintaa siirtymä- ja muutostilanteissa (Moilanen ja Rintahaka 2016). Neurokehityksellisten oirekuvien yhteydessä esiintyviä tunnesäätelyn vaikeuksia kuvastaa reaktiivisuus, joka ilmenee keinottomuutena säädellä ulkoisten ärsykkeiden aiheuttamia kielteisiä tunteita (Zelazo ja Carlson 2012; Shaw ym. 2014; Vidal-Ribas ym. 2016).

Kliinisesti keskeisimpiä tunnesäätelyn haasteita lapsilla ovat ärtyisyys, vihaisuus ja toistuvat raivokohtaukset (Evans ym. 2017). Vaikka tunteiden säätelyn vaikeuksia ei luokitella ADHD:n ja autismikirjon häiriöiden ydinoireisiin kuuluviksi, nämä haas-

teet saattavat olla jopa merkittävimpiä sosiaalisen toimintakyvyn haittoja hoitoon ohjatuilla lapsilla (Mandy ym. 2014; Tarver ym. 2015; Vidal-Ribas ym. 2016; Faraone ym. 2018). Aihepiiri onkin herättänyt suurta mielenkiintoa viime vuosina (McGuire ym. 2016; Evans ym. 2017; Stringaris ym. 2018; Wakschlag ym. 2018). Ärtyisyys on yhden näkökulman mukaan lapsen uhmakkuushäiriön kenties merkittävin oireulottuvuus (Cavanagh ym. 2017; Evans ym. 2017; Wakschlag ym. 2018). Ärtyisyys viittaa mielialaan ja raivokohtaukset puolestaan voimakkaisiin lyhytkestoisiin tunnetiloihin ja tunnepitoisiin reaktioihin. Eronteko on tärkeä, sillä lapsilla voi esiintyä ärtyisää mielialaa ilman, että heillä esiintyy raivokohtauksia. Lisäksi tulee muistaa, että pienillä lapsilla voimakkaatkin kiukunpuuskat ovat jokseenkin tavallinen ilmiö. (Vidal-Ribas ym. 2016; Copeland ym. 2015; Carlson ym. 2016; Stringaris ym. 2018.)

Kliinisissä aineistoissa lasten tunteiden säätelyn vaikeuksia kuvastaa usein se, että voimakkaat emotionaaliset reaktiot (esim. raivokohtaukset) ovat toistuvia ja pitkäkestoisia ja niihin saattaa yhdistyä reaktiivista aggressiivista käyttäytymistä. Reaktiivisella aggressiolla tarkoitetaan käyttäytymistä, jonka taustalla on itsekontrollin menettäminen. Tavaroiden rikkomisen ohella reaktiivinen aggressio voi kohdistua muihin ihmisiin ja ilmetä provokatiivisena käyttäytymisenä. Tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmien keskinäinen raja onkin osoittautunut huokoiseksi kliinisissä lapsiaineistoissa. (Shaw ym. 2013; Vidal-Ribas ym. 2016; Vuori ym. 2017b; Franke ym. 2018; Stringaris ym. 2018; Wakschlag ym. 2018.) Neurokehityksellisten häiriöiden yhteydessä reaktiivista aggressiota vahvistaa lapsen korostunut taipumus tulkita muiden ihmisten aikomuksia kielteisesti ja uhkaavina (Kok ym. 2016; Brotman ym. 2017; Martinelli ym. 2018).

Tunteiden säätelyn vaikeudet saattavat altistaa lapsen kiusaamiskokemuksille. Käytöspulmien yhteydessä esiintyvien tunteiden säätelyn vaikeuksien on puolestaan havaittu ylläpitävän kielteistä kehää ja vahvistavan lapsen käytöspulmia. (Becker ym. 2012; Fitzpatrick ym. 2016; Kok ym. 2016.) Lapsen ärtyisään mielialaan ja voimakkaisiin kielteisiin tunnereaktioihin keskittyminen hoidossa ja kuntoutuksessa on siksi-kin tärkeää, että lapsen sosiaalista toimintakykyä heikentävä psyykinen oireilu saattaa olla pitkäkestoista (Barker ym. 2010; Hectman ym. 2016; Wakschlag ym. 2018). Pitkittäistutkimuksissa neuropsykiatrisen oireilun ja tunteiden säätelyn vaikeuksien on havaittu olevan riskitekijä ahdistuneisuus- ja mielialaoireilulle (Stringaris ym. 2014; Evans ym. 2017; van Steensel ja Heeman 2017). Taustalla on mahdollisesti erilaisia yksilön ja ympäristön vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä, kuten ihmissuhdeiden haasteita, sosiaalista torjuntaa ja yksinäisyyden kokemuksia (Magnuson ja Constantino 2011; Groh ym. 2014; Musser ym. 2016; Evans ym. 2017; van Steensel ja Heeman 2017; Franke ym. 2018). Toisaalta lapsuudessa esille tulevat käytösongelmat saattavat jatkua samankaltaisina käyttäytymisen ongelmina myös nuoruudessa (Barker ym. 2010; Sonuga-Barke ja Halperin 2010; Sentse ym. 2017). Epäsuotuisaan kehityspolkuun voi liittyä enenevässä määrin vakavaa käytösoireilua, kuten toisten ihmisten fyysistä vahingoittamista ja epäsosiaalista käyttäytymistä (Mandy ym. 2014;

Fitzpatrick ym. 2016; Sasser ym. 2016). Nykytiedon valossa tunnesäätelyn ongelmat eivät itsessään näyttäisi olevan riskitekijä myöhemmin ilmenevälle vakavammalle käyttäytymiselle, ellei niihin ole liittynyt jo lapsuudessa merkittävää aggressiivista käyttäytymistä. ADHD-piirteet saattavat osaltaan vahvistaa kielteistä kehityspolkua. (Waschbusch 2002; Diamantopoulou ym. 2016; Bartels ym. 2018; Franke ym. 2018; Wakschlag ym. 2018.)

3.3 Perhelähtöisen psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen periaatteet ja käyttöaiheet

Sosiaali- ja terveydenhuollon käytäntöihin tarkoitettujen hoitomenetelmien kansainvälinen tutkimus on ollut erittäin runsasta. Tutkituimmat psykososiaaliset hoitomenetelmät tunnetaan strukturoituna vanhempainohjauksena (Piffner ja Haack 2014; Dishion ym. 2016; Kaehler ym. 2016). Hoitomenetelmien kehitykseen ovat merkittävästi vaikuttaneet sosio-kognitiivinen teoria (Bandura 2001; Daley ym. 2018), kiintymyssuhdeteoria (Groh ym. 2014) ja pakottamisteoria (coercion theory) (Dishion ym. 2016).

Tutkituimmat menetelmät on tarkoitettu ensisijaisesti lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen ongelmien ehkäisyyn ja hoitoon (Menting ym. 2013; Sanders ym. 2014; Battagliese ym. 2015; Dishion ym. 2016; Sourander ym. 2016; Bakker ym. 2017; Stringaris ym. 2018). Koska kliinisesti merkittäviä tunnesäätelyn ja käyttäytymisen pulmia esiintyy myös hoitoon ohjatuilla neuropsykiatrisesti oireilevilla lapsilla, vanhempainohjauksen menetelmiä on hyödynnetty myös lasten ADHD:n (Sonuga-Barke ym. 2013; Fabiano ym. 2015; Kaehler ym. 2016; Daley ym. 2018) ja viime vuosina enenevässä määrin autismikirjon häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa (Bearss ym. 2015; Kaehler ym. 2016; Postorino ym. 2017).

Perhelähtöisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa pyritään huomioimaan lapsen yksilölliset piirteet, kehitysvaihe, erilaiset ympäristötekijät ja ennen kaikkea yksilöön ja ympäristöön liittyvien tekijöiden keskinäinen vuorovaikutus (Barlow ym. 2012; Furlong ym. 2012; Fabiano ym. 2015; Dishion ym. 2016). Monet neuropsykiatriset ja psykiatriset oirekuvat ovat luonteeltaan jatkuvia (dimensionaalisia), ilmiänsä monimuotoisia ja taustaltaan hyvin monitekijäisiä, joten sosiaalisen toimintakyvyn haitat vaihtelevat huomattavasti myös yksittäisten diagnostisten kategorioiden sisällä (Coghill ja Sonuga-Barke 2012). Käyttäytymisgeneettisten tutkimushavaintojen perusteella on tärkeää muistaa, että lapsen oireiluun liittyvä voimakkaampi sosiaalisen toimintakyvyn haitta-aste saattaa kertoa esimerkiksi lapsen yksilöllisten piirteiden ja ympäristötekijöiden merkittävästä keskinäisestä epäsuhteesta (Ungar ym. 2013; Merjonen ym. 2014).

Psykososiaalisen tuen lähtökohtana on niin sanottu vastavuoroinen determinismi (Bandura 2001). Tämän lähestymistavan mukaan lapsen yksilölliset taipumukset ja käyttäytymispiirteet vaikuttavat siihen, miten muut ihmiset häneen suhtautuvat. Toi-

saalta fyysinen ja sosiaalinen ympäristö ja toisten ihmisten toiminta vaikuttavat osaltaan lapsen ajatteluun ja käyttäytymiseen. Koersioteorian mukaan lapsen tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmat lisäävät usein huoltajien ja opettajien stressiä ja psyykkistä kuormittuneisuutta. Tämä saattaa puolestaan heikentää aikuisten kykyä säädellä omia reaktioitaan tilanteissa, joissa lapsi käyttäytyy haastavasti. Kielteinen kehä voi ylläpitää konflikteja ja vahvistaa lapsen käytöspulmia. (Johnston ja Jassy 2007; Deault 2010; Dishion ym. 2016; Kaehler ym. 2016.)

Psykososiaalisen tuen ydinajatus on vahvistaa aikuisten myönteisiä reagoititapoja suhteessa lapseen, kun tämä käyttäytyy haastavasti, ja vähentää tätä kautta kielteisten vuorovaikutustilanteiden ilmenemistä (Rutter 2013; Forehand ym. 2014; Tarver ym. 2015; Dishion ym. 2016; Kaehler ym. 2016). Lasten hoidon ja kuntoutuksen toteutuksen ja tavoitteiden tulee olla konkreettisia ja realistisia, jotta ne ovat lapsen saavutettavissa. Lapsen käyttäytymisen ohjaaminen toivottuun suuntaan tapahtuu ennen kaikkea positiivisen vahvistamisen avulla. Tämä on hoitomenetelmät läpäisevä keskeinen terapiakomponentti. Toteutuksessa hyödynnetään usein palkkiojärjestelmää, kuten tarroja tai merkkejä (Piffner ja Haack 2014; Tarver ym. 2014; Kaehler ym. 2016).

Hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa tulee kiinnittää huomiota laajemmin myös perhesysteemiin ja huoltajan hyvinvointiin yhteydessä oleviin tekijöihin, kuten mahdolliseen mielialaoireiluun ja parisuhteen laatuun, jotka saattavat osaltaan heijastua vuorovaikutukseen lapsen kanssa (Johnston ym. 2012; Sanders ym. 2014; Vuori ym. 2017a). Tuoreissa tutkimuksissa on korostettu lisäksi sitä, että hoitoon ohjatun lapsen huoltajilla saattaa ilmetä samankaltaisia tunnistamatta jääneitä erityispiirteitä ja toimintakyvyn haasteita kuin lapsella (Pisula ja Ziegart-Sadowska 2015; Chronis-Tuscano ym. 2017; Rosenqvist ym. 2018).

3.4 Perhelähtöisen psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuus

Ryhmämuotoiset ja yksilöllistetyt hoitomenetelmät sekä etäteknologiaa hyödyntävät toimintamallit ovat osoittautuneet tehokkaiksi hoitomuodoiksi erityisesti lasten tunteiden säätelyn ja käytösongelmien ehkäisyssä ja hoidossa (Barlow ym. 2012; Menting ym. 2013; Sanders ym. 2014; Battagliese ym. 2015; Sourander ym. 2016; Daley ym. 2018; Stringaris ym. 2018). Hoitomenetelmät ovat osoittautuneet vaikuttaviksi myös neuropsykiatrisesti oireilevien lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmien hoidossa. Meta-analyysien ja systemoitujen katsausten perusteella myönteinen muutos näkyy myös huoltajien pystyvyyden tunteen vahvistumisena ja vanhemmuuteen liittyvän stressin vähenemisenä. (Fabiano ym. 2009; Barlow ym. 2012; Furlong ym. 2012; Lee ym. 2012; Sonuga-Barke ym. 2013; Fabiano ym. 2015; Colalillo ja Johnston 2016; Postorino ym. 2016; Kaminski ja Claussen 2017; Thomas ym. 2017; Lejten ym. 2018.) Lasten ADHD:n hoitotutkimuksissa käytöspulmien väheneminen on havaittu myös opettajien arvioissa (Fabiano ym. 2015; Daley ym. 2018). Tämä lisää tutkimustulosten luotettavuutta, sillä opettajat eivät ole välttämättä aina tietoisia lapsen

ja perheen saamasta tuesta. Tulokset kertovat lisäksi siitä, että hoidon teho heijastuu parhaimmillaan laajasti eri kasvuympäristöihin. ADHD:n ydinoireiden osalta psykososiaalisten hoitomenetelmien teho on rajoittunut selkeämmin ainoastaan kotiympäristöön (Van Der Oord ym. 2008; Fabiano ym. 2009; Lejten ym. 2017). Psykososiaalisen tuen vaikuttavuus neuropsykiatristen ydinoireiden osalta näyttäisi olevan selvästi rajallisempi ja vaikeammin saavutettavissa (Thorell 2009; Sonuga-Barke ym. 2013; Tarver ym. 2014; Daley ym. 2018; Franke ym. 2018).

Tunnettujen hoitomenetelmien (esim. Ihmeelliset Vuodet (*Incredible Years*), *Helping the Noncompliant Child* (HNC), *Community Parent Education* (COPE), *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT), *Parent Management Training – Oregon Model* (PMT-O)) vaikuttavuudessa lapsen ADHD:n ja käytöspulmien hoidossa ei ole havaittu keskinäisiä eroja (Fossum ym. 2014; Abikoff ym. 2015; Fabiano ym. 2015; Kaehler ym. 2016; Daley ym. 2018). Toisaalta ehkäisevien eli preventiivisten hoito-ohjelmien teho on osoittautunut joidenkin tutkimusten perusteella hieman heikommaksi kuin kliinisissä aineistoissa havaittu teho lasten käytösongelmien hoidossa (Menting ym. 2013). Yhden tulkinnan mukaan tämä liittyy siihen, että preventiivisissä hoito-ohjelmissa lapsen oireilu on keskimäärin lievempää kuin kliinisesti rajatummista hoitotutkimusaineistoissa. Tästä johtuen preventiivisissä hoitovertailututkimuksissa on myös vähemmän tilaa muutokselle (Kaminski ym. 2008; Menting ym. 2013; ks. myös Kiviruusu ym. 2016).

Hoidon vaikuttavuus on yhteydessä lapsen ikä- ja kehitysvaiheeseen. Meta-analyysien perusteella perhelähtöisen tuen teho on parempi alle kouluikäisten lasten hoidossa ja kuntoutuksessa kouluikäisiin lapsiin verrattuna (Kaminski ym. 2008; Zwi ym. 2011; Lee ym. 2012; Charach ym. 2013; Sourander ym. 2016). Joissakin tutkimuksissa on puolestaan havaittu, että perhelähtöisen hoidon ja kuntoutuksen teho on suurempi alle 10-vuotiaiden lasten kuin varhaisnuorten hoidossa (Forehand ym. 2014; Bakker ym. 2017; van der Pol ym. 2017). Hoidon tuloksellisuuden vaihtelu eri ikäryhmissä selittyy puolestaan osin sillä, että kliinisissä aineistoissa varhaisnuorilla ilmenee keskimäärin enemmän liitännäisoireiden aiheuttamaa haittaa sekä myös epäsosiaalista käyttäytymistä ja päihdeongelmia (van der Pol ym. 2017), joiden taustalta saat- taan löytyä yksilöllisten ja koti- ja kouluympäristöön sekä erityisesti kaverisuhteisiin liittyvien riskitekijöiden yhteisvaihtelua ja toistuvia kielteisiä elämäntapahtumia (Barker ym. 2010; Sonuga-Barke ja Halperin 2010; Rutter 2013; Musser ym. 2016). Epäsuotuisan kehityspolun ehkäisemiseksi lapsille ja perheille tulisi tarjota tukea riittävän varhain (Sonuga-Barke ja Haleprin 2010; Forehand ym. 2014; Kretschmer ym. 2014; Sourander ym. 2016; Daley ym. 2018). Tämä on teoreettisestikin perusteltu näkökulma, sillä aivojen muovautuvuudesta johtuen toiminnanohjauksen pulmiin ja tunteiden säätelyn vaikeuksiin on mahdollista vaikuttaa ennen kaikkea lapsuusiässä (Halperin ym. 2012; Zelazo ja Carlson 2012; Wakschlag ym. 2018). Joidenkin tutki- musten mukaan laadukas varhainen tuki saattaa vähentää myös lääkehoidon tarvetta lapsen ADHD:n hoidossa (Charach ym. 2013; Pelham ym. 2016).

Seurantatutkimusten perusteella hoidon teho kuitenkin heikkenee ja jopa häviää kokonaan kontrolloidun koeasetelman päättymisen jälkeen (Lee ym. 2012; Faraone ym. 2015; Hinshaw ym. 2015). Tuoreimmat pohjoisamerikkalaiset ADHD:n hoitotutkimustulokset ovat esimerkiksi osoittaneet, että alakouluiässä 14 kuukautta kestävä intensiiviseen hoito-ohjelman (sisältää lääkehoidon) läpikäyneillä lapsilla ilmeni merkittäviä sosiaalisen toimintakyvyn haittoja nuorina aikuisina (Hechtman ym. 2016; Roy ym. 2016; Swanson ym. 2017). Tulokset saavat tukea tuoreesta meta-analyysistä, jonka mukaan tunne-elämän vaikeudet ja käytöspulmat sekä huoltajien mielenterveysongelmat ovat yhteydessä lapsen ADHD:n oirekuvan ja haitta-asteen pysyvyyteen (Caye ym. 2016). Oirekuvan ja toimintakyvyn haittojen pysyvyyttä on tutkittu autismitutkimuksen häiriöiden kohdalla selvästi vähemmän kuin ADHD:n osalta (Zimmerman ym. 2017). Tunnesäätelyn ja käyttäytymisen pulmien on kuitenkin havaittu olevan yhteydessä oirekuvan haitta-asteen pysyvyyteen lapsuudesta nuoruusikään myös autismitutkimuksen häiriöissä (Simonoff ym. 2013).

3.5 Perhelähtöisen hoidon ja kuntoutuksen erityiset tekijät – sisältö ja toteutustavat

Tutkitut psykososiaaliset hoitomenetelmät pohjautuvat kognitiivis-behavioraaliseen terapiaviitekehykseen (Battagliese ym. 2015; Fabiano ym. 2015; Dishion ym. 2016; Kaminski ja Claussen 2017; Thijssen ym. 2017a). Taustateorioiden yhtenäisyydestä huolimatta hoito-ohjelmia voidaan kuitenkin toteuttaa monin eri tavoin. Yksi merkittävä ero on siinä, tapahtuuko huoltajien tukeminen vertaisryhmässä vai kohdistetaanko tuki yksittäiselle perheelle. Yksilölliseen tukeen perustuva vanhempainohjaus tunnetaan angloamerikkalaisessa tutkimuskirjallisuudessa myös kognitiivis-behavioraalisen perheterapiana (Pffner ja Haack 2014; Dishion ym. 2016; Kaehler ym. 2016).

Lasten ADHD:n hoitotutkimukset ovat osoittaneet, että ne perheet, joissa lapsen huoltajalla itsellään ilmenee merkittävää psyykkistä oireilua, saattavat hyötyä etenkin yksilöllisestä tuesta (Chronis ym. 2007; Sanders ym. 2014; Hinshaw ym. 2015; Lejten ym. 2017; Fossum ym. 2018). Myös huoltajan neuropsykiatrinen oireilu saattaa olla yksilöllisen tuen käyttöaihe. Tutkimusten mukaan huoltajan, jolla ilmenee ADHD-piirteitä, on mahdollisesti helpompi opetella ja omaksua uusia käyttäytymismalleja yksilöllisen tuen avulla (Johnston ym. 2012; Dawson ym. 2014; Tarver ym. 2014; Chronis-Tuscano ym. 2017). Yksilöllisen toteutustavan yksi etu suhteessa ryhmämuotoisiin toteutustapoihin on lisäksi se, että yksilöllinen tuki mahdollistaa lapsen ja huoltajan keskinäisten konkreettisten vuorovaikutustilanteiden harjoittelun. Kodin arjessa tapahtuvan vuorovaikutusterapeuttisen työskentelyn onkin havaittu lisäävän psykososiaalisen tuen tehoa pienten lasten käytösongelmien hoidossa (Kaminski ym. 2008; Thomas ym. 2017; Kaminski ja Claussen 2017). Toteutustavan valintaan vaikuttavat myös monet käytännölliset syyt. Vanhempainryhmien järjestäminen on usein haastavaa syrjäseuduilla (Fossum ym. 2014).

Vaikka hoitosuositukset korostavat huoltajien tukemisen ensisijaisuutta, myös lapsi-kohtaisten yksilöllisten elementtien hyödyntäminen esimerkiksi tunnesäätelyn vahvistamiseksi on nykykäsityksen mukaan tärkeää (Wyman ym. 2010; Stringaris ym. 2018). Yksi merkittävä tekijä on lapsen ikä ja kehitysvaihe. Yksilöllisen tuen lisääminen vanhempainohjauksen rinnalle on empiirisesti ja teoreettisesti perusteltua esimerkiksi varhaisnuoruuden itsenäistymiskehityksen tukena (McCart ym. 2006). Toinen merkittävä tekijä on se, että hoitoon ja kuntoutukseen ohjatuilla lapsilla voi esiintyä ahdistuneisuutta (Hinshaw ym. 2015; Daley ym. 2018; van Steensel ja Heeman 2017). Perhelähtöisten hoitomuotojen tuloksellisuus mielialaoireiden hoidossa (esim. ahdistuneisuus) on osoittautunut selvästi heikommaksi kuin tunteiden säätelyn ja käytösongelmien hoidossa (Zwi ym. 2011; Daley ym. 2018; Buchanan-Pascall ym. 2018). Tutkimusten mukaan yksilöterapeuttisten menetelmien hyödyt sen sijaan korostuvat mielialaoireiden ja ahdistuksen hoidossa (Zhou ym. 2015). Tosin tutkijat ovat huomauttaneet, että lasten ahdistuneisuuden hoidossa ei ole toistaiseksi kiinnitetty riittävästi huomiota vanhemmuuteen liittyviin tekijöihin ja huoltajien rooliin hoidon tukena (Forehand ym. 2013).

Lapsen neurokehityksellisten erityispiirteiden voidaan olettaa tulevan esiin eri kasvuympäristöissä. Lisäksi ympäristön häiriötekijät, ryhmäkokoko, ponnistelua vaativa koulutyöskentely ja muuttuvat sosiaaliset vuorovaikutustilanteet voivat heijastua lapsen tunnesäätelyyn (Gaastra ym. 2016; Kok ym. 2016). Myös lapsen ja opettajan keskinäiset konfliktit saattavat ylläpitää ja vahvistaa lapsen käytösoireilua (O'Connor ym. 2012). Päiväkodin ja koulun ammattihenkilöiden roolin tärkeys lapsen hoidossa ja kuntoutuksessa on nykytiedon valossa kiistaton (O'Connor ym. 2012; Fabiano ym. 2015; Määttä ym. 2017). ADHD:n Käypä hoito -suosituksen mukaan tukitoimet tulee aloittaa heti, kun lapsella ilmenee tarkkaavuuden ylläpitämiseen ja ylivilkkauteen liittyvää tuen tarvetta (Käypä hoito -suositus 2017).

Tutkimustiedon valossa päiväkodin ja koulun tukitoimet soveltuvat sekä yleisopetuksen että erityisopetuksen toimintaympäristöihin (DuPaul ym. 2012; Närhi ym. 2017). Päiväkotiin ja kouluun suunnatut tukitoimet, ja ylipäättään laadukkaan tuen varmistaminen, ovat osoittautuneet tuloksellisiksi erityisesti lasten tunteiden säätelyn ja käytösongelmien ehkäisyssä ja hoidossa (DuPaul ym. 2012; Fabiano ym. 2015; Gaastra ym. 2016; Charrois ym. 2017; Närhi ym. 2017). Tämä ei ole yllättävä havainto, sillä tutkituimmat tukimuodot nojaavat pitkälti vanhempainohjauksen toimintaperiaatteille. Ympäristö pyritään muokkaamaan sellaiseksi, että lapsen yksilölliset tarpeet tulevat tunnistetuksi ja kohdatuksi. Kasvun ja kehityksen tukeminen tapahtuu ensisijaisesti aikuisten myönteisiä toimintamalleja vahvistamalla (DuPaul ym. 2012; Närhi ym. 2017). Koulun tukitoimissa, aivan kuten vanhempainohjauksessa, lapsen toivotun käyttäytymisen välitön palkitseminen on yksi avaintekijä (Fabiano ym. 2015). Psykososiaalisten interventtioiden teho lapsen oppimisen tukemisessa on toistaiseksi osoittautunut heikommaksi (Fabiano ym. 2015; Daley ym. 2018). Tuoreimmissa ADHD:n hoitotutkimuksissa on kiinnitetty huomiota tähän epäkohtaan

ja tutkimustulokset ovat lupaavia. Tulosten mukaan on tärkeää kiinnittää huomiota kodin ja koulun säännölliseen yhteistyöhön ja yhteisten toimintamallien hyödyntämiseen lapsen tukemisessa (Piffner ym. 2013; 2016; 2018).

3.6 Perhelähtöisen psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen yleiset tekijät

Lasten käytösongelmien ja ADHD:n hoitomenetelmien tutkimuksissa on korostunut näyttöön perustuvan lääketieteen vaatimus eli hoitomenetelmien keskinäinen vertailu ja vaikuttavuustutkimus. Tutkimusasetelmaan liittyvien tiukkojen kriteerien ohella näissä tutkimuksissa korostuu myös toteutuksen täsmällisyyden vaatimus (Hukkenberg ja Ogden 2013; Hinshaw ym. 2015; Thijssen ym. 2017b). Hoito-ohjelmien tutkimus- ja kehittämistyössä pyritään toisin sanoen varmistamaan se, että hoito ja kuntoutus toteutuvat mahdollisimman samankaltaisesti työntekijästä riippumatta. Yksi keino toimintatapojen yhtenäistämisessä on hoidon manualisointi ja toteutuksen tiivis monitorointi sekä ohjaus (Dishion ym. 2016). Toteutuksen täsmällisyyden on havaittu olevan esimerkiksi käyntikertojen määrää olennaisempi tekijä perhelähtöisen hoidon tehokkuuden kannalta. Toteutuksen täsmällisyys saattaa myös vähentää hoito-ohjelman keskeytyksiä (Hukkenberg ja Ogden 2013; Fossum ym. 2014; Hinshaw ym. 2015; Thijssen ym. 2017b).

Perhelähtöisen hoidon yleiset tekijät (common factors) ovat jääneet vähäisemmälle huomiolle kuin perinteisissä psykoterapiatutkimuksissa (Kazdin ja McWhinney 2018). Yleisillä tekijöillä viitataan esimerkiksi terapeutin myötäelämisen kykyihin. Terapeuttiin liittyvät tekijät vaikuttavat osaltaan myös asiakkaan ja terapeutin väliseen yhteistyösuhteeseen eli terapeutin allianssiin (Del Re ym. 2012). Yhteistyösuhteella tarkoitetaan jaettua ymmärrystä hoidon ja kuntoutuksen tavoitteista, yhteistä näkemystä hoitokeinoista ja ennen kaikkea myönteistä tunnesidettä eri osapuolten välillä (Leiman 2004). Terapeutin allianssin on havaittu ennustavan merkittäväällä tavalla hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuutta aikuispsykoterapiatutkimuksissa (Del Re ym. 2012; Wampold 2015). Aikuisten yksilöpsykoterapiatutkimuksissa terapeutin keskinäiset erot ovat itse asiassa muodostuneet merkittävämmäksi tekijäksi hoidon tuloksellisuuden kannalta kuin terapiasuuntausten keskinäiset erot (Leiman 2004; Heinonen ym. 2016). Terapeutin allianssilla on merkitystä etenkin perhelähtöisessä hoidossa ja kuntoutuksessa, sillä toiminta kohdistuu laaja-alaisesti perheympäristöön (Karam ym. 2015). Hoitomenetelmät ovat usein tiimiperustaisia. Perheen hoito- ja kuntoutusprosessista voi vastata joko nimetty työntekijä tai työpari. (Ehrling 2014; Hinshaw ym. 2015; Dishion ym. 2016; Kaehler ym. 2016.)

Terapeutin allianssissa on kyse vuorovaikutusprosessista, joten ilmiön täsmällinen kuvaus ja tutkiminen on haastavaa (Leiman 2004). Yhteistyösuhteen laatuun on joka tapauksessa tärkeää kiinnittää huomiota lapsiperheiden palveluissa, sillä terapeutin allianssin yhteys hoidon tuloksellisuuteen on merkittävä (Smith ym. 2015; Kazdin ja McWhinney 2018). Psykoterapiatutkimusten keskeiset havainnot ovatkin vaikuttaneet esimerkiksi vanhempainohjausten menetelmien kehitystyöhön

(Kazdin ja McWhinney 2018), vaikka vaikuttavuustutkimusten painopiste on fideliteetissä (Fabiano ym. 2015; Dishion ym. 2016). Yhteistyön vahvistaminen on siksikin merkittävää, että lasten ja huoltajien näkemykset hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta, kuten myös lapsen kasvun ja kehityksen haasteista saattavat vaihdella jopa huomattavasti toisistaan (De Los Reyes 2011; Lerner ym. 2017; Vuori ym. 2017b). Voimakaat näkemyserot hoito-ohjelman alkaessa voivat kertoa siitä, että perheessä ilmenee enemmän keskinäisiä riitoja (Emeh ja Mikami 2014), joita perhelähtöinen työskentely saattaa osaltaan vahvistaa (Barkley ym. 1992; Antshel ja Barkley 2008). Voimakaat näkemyserot saattavat ennakoida myös hoidon heikompaa tehoa (Goolsby ym. 2017).

Kansainvälisissä hoitosuosituksissa ryhmämuotoinen vanhempainohjaus on ensisijainen toteutustapa (Daley ym. 2018). Huoltajilla on kuitenkin havaittu olevan vaihtelevia mieltymyksiä hoidon ja kuntoutuksen toteutustapojen suhteen. Vaikka vertaistuen rooli on merkittävä, enemmistö huoltajista näyttäisi viimeaikaisen tutkimustiedon valossa suosivan ennemmin yksilölliseen tukeen perustuvaa toteutustapaa kuin vertaistukeen perustuvaa ryhmämuotoista tukea lasten ADHD:n hoidossa ja kuntoutuksessa (Wymbs ym. 2015; Chacko ym. 2016; Chacko ym. 2017). Lisäksi syrjäseuduilla asuvat perheet jäävät herkästi tuen ulkopuolelle (Sayal ym. 2018). On mahdollista, että yksilöllinen tuki lisää myönteistä suhtautumista ja sitoutumista hoitoon ja kuntoutukseen erilaisista käytännön syistä. Esimerkiksi aikataulujen yhteensovittamisesta ja kulkuyhteyksistä aiheutuvat haasteet ovat tunnettuja tekijöitä perhelähtöiseen hoitoon ja kuntoutukseen osallistumisen taustalla (Koerting ym. 2013; Chacko ym. 2016). Huoltajat saattavat myös unohtaa tapaamisia (Chronis-Tuscano ym. 2017). Tämän vuoksi toimintatavat, jotka toteutuvat perheiden arjessa, saattavat lisätä hoitoon sitoutumista ja hoito-ohjelman täsmällistä noudattamista. Aihetta on kuitenkin tutkittu toistaiseksi hyvin vähän (Daley ym. 2018).

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Tausta ja tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Kelan monimuotoisen perhekuntoutuksen tuloksellisuutta, soveltuvuutta ja hyväksyttävyyttä. Kelan lapsille järjestämän perhelähtöisen kuntoutuksen tuloksellisuuden tutkimusta, jossa tietoa kerätään lapsilta, huoltajilta ja opettajilta, on toistaiseksi tehty hyvin vähän. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole myöskään hyödynnetty tulostuottajia, joiden avulla voitaisiin vastata paremmin esimerkiksi siihen, millaisten oireiden ja sosiaalisen toimintakyvyn haittojen vähentämiseen psykososiaalisen tuen keinot mahdollisesti soveltuvat (ks. Linnakangas ym. 2010; Kippola-Pääkkönen ym. 2018).

Monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen tavoitteena oli kokeilla ja arvioida joustavan ja monimuotoisen perhekuntoutusmallin toteuttamista ja sen soveltuvuutta tietyille ikä- ja kuntoutujaryhmille Kelan vakiintuneena toimintana. Kuntoutuksen tavoitteiksi oli nimetty lapsen kasvun ja kehityksen tukeminen sekä arjen sujuminen kodissa, päiväkodissa, koulussa ja kaveripiirissä. Vanhempien ja vanhemmuuden tukemisella pyrittiin osaltaan edistämään lapsiperheiden arjen toimintakykyä ja elämänhallintaa. Lapsi- ja perhekohtaiset tarkemmat tavoitteet määriteltiin ja räätälöitiin yhdessä perheen kanssa kuntoutusprosessin alkaessa ja niitä tarkennettiin kuntoutuksen edetessä. Lisäksi perhekuntoutuksella pyrittiin edistämään ja tukemaan lapsen hyvinvointia myös päiväkodin ja koulun arjessa. Hankkeen tavoitteena oli myös täsmentää Kelan täydentävää roolia osana sosiaali- ja terveydenhuollon lapsiperhepalveluja.

Tuloksellisuuden tarkastelussa huomion kohteena olivat kuntoutuksen aikana lapsen ja huoltajien hyvinvoinnissa mahdollisesti tapahtuneet muutokset. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Onko perhekuntoutukseen osallistuneiden lasten sosiaalinen toimintakyky vahvistunut?
2. Onko lasten huoltajien psyykinen hyvinvointi muuttunut myönteiseen suuntaan perhekuntoutuksen päättyessä?
3. Onko LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutuksen tuloksellisuudessa havaittavissa eroja?

Soveltuvuuden tarkastelussa huomion kohteena olivat kuntoutuksen rooli osana lapsen ja perheen saamaa muuta hoitoa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää perhekuntoutuksen tuloksellisuuteen mahdollisesti yhteydessä olevia yleisiä tekijöitä, kuten yhteistyön toteutumista. Hyväksyttävyydellä tarkoitettiin tässä tutkimuksessa ennen kaikkea tutkimukseen osallistuneiden perhekuntoutuksen toteutukseen liittyvää tyytyväisyyttä. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Mitkä ovat perhekuntoutukseen osallistuneiden lasten yleisimmät diagnoosit?
2. Millainen on perhekuntoutuksen rooli osana muuta lasten ja perheiden saamaa hoitoa ja kuntoutusta?

3. Kuinka tyytyväisiä lapset, huoltajat ja opettajat ovat perhekuntoutuksen sisältöön ja toteutukseen?
4. Millaiseksi perhekuntoutukseen osallistuneet lapset, huoltajat, opettajat ja työnteekijät arvioivat kuntoutuksen aikaisen yhteistyön?

4.2 Tutkimusasetelma

Kyseessä oli prospektiivinen havaintotutkimus eli tutkimukseen osallistuneita henkilöitä seurattiin luonnollisissa olosuhteissa ilman kokeellisen tutkimuksen avulla järjestettyä verrokkiasetelmaa. Mahdollista muutosta mitattiin kahden mittauspisteen välillä: varsinaisen kuntoutusprosessin alkaessa ja päättyessä. Tutkimuksen kohderyhmä oli ennako-oletusten perusteella melko heterogeeninen ja heidän saamansa terapeuttisen tuen oletettiin vaihtelevan paikallisten olosuhteiden ja toimintakäytäntöjen puitteissa (March ym. 2005). Edellä luetelluista tekijöistä johtuen tuloksellisuus tarkoittaa tässä tutkimuksessa yksinkertaisesti mahdollista myönteistä muutosta kahden mittausajankohdan välillä. Asiakasnäkökulman korostuessa työntekijöiden näkökulma saattaa jäädä tutkimuksissa piiloon (Sidani ja Braden 2011). Tässä tutkimuksessa seurantatutkimuksen rinnalla kerättiin laadullinen tutkimusaineisto myös perhekuntoutukseen osallistuneilta työntekijöiltä (ks. luku 4.11).

4.3 Tutkimuskonteksti

Tutkimus toteutettiin osana Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen kehittämistoimintaa. Kelan tehtävä on täydentää julkisen terveydenhuollon palvelutarjontaa. Tähän liittyen Kelassa on ollut 2010-luvulla käynnissä monimuotoisen perhekuntoutuksen kaksi kehittämishanketta (LAKU- ja Etä-LAKU-hanke). LAKU-perhekuntoutusta oli saatavilla pääkaupunkiseudulla, Kymenlaaksossa (Kotka ja lähiseudut), Pirkanmaalla (Tampere ja lähiseudut) ja Pohjois-Pohjanmaalla (Oulu ja lähiseudut). Etä-LAKU-perhekuntoutus oli puolestaan tarkoitettu haja-asutusalueilla asuville lapsiperheille. Etä-LAKU-kuntoutusta oli saatavilla Kainuussa, Ylä-Savon ja Ylä-Karjalan alueilla ja Lapissa. Perhekuntoutuksen toteutuksesta vastasivat paikalliset palveluntuottajat, joiden toimipisteet sijaitsivat Helsingissä, Kotkassa, Tampereella ja Oulussa (LAKU-kuntoutus) sekä Kajaanissa ja Rovaniemellä (Etä-LAKU-kuntoutus).

4.4 Tutkimuksen kohderyhmä

Seurantatutkimuksen kohderyhmän muodostivat 5–12-vuotiaat lapset ja heidän perheensä. Lapsilla oli diagnosoitu neuropsykiatrinen häiriö ja mahdollisesti samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä. Alle kouluikäisillä lapsilla saattoi lisäksi olla diagnosoituna samanaikaisia käytös- ja tunne-elämän häiriöitä. Kuntoutukseen ohjautumisen edellytyksenä oli se, että lapsen hoidosta vastaava taho oli arvioinut monimuotoisen perhekuntoutuksen tarpeen ja perheen tuli olla sitoutunut kuntoutukseen. Perhekuntoutukseen ohjaaminen edellytti lisäksi Kelan kuntoutushakemuslomakkeen (KU 132) ja tämän liitteenä olevan lääkärinlausunto B:n lähettämistä Kelan toimistoon, jossa tehtiin lopullinen päätös perheen osallistumisesta kuntoutukseen. Pois-

sulkukriteerejä kehittämistyön aikana olivat lastenpsykiatrinen kriisihoidon tarve, lapsen huoltajan akuutti päihdeongelma tai käynnissä oleva lastensuojelun tarpeen arviointi.

Seurantatutkimuksessa hyödynnettiin monitahoarviointia eli tietoa kerättiin lapsilta, heidän huoltajiltaan ja heidän opettajiltaan. Tieto kerättiin lomakekyselyjen avulla, jotka toteutettiin varsinaisen perhekuntoutusprosessin alkaessa ja päättyessä (ks. kuvio 2, s. 25). Seurantatutkimuksen tueksi perhekuntoutuksen työntekijöiltä kerättiin tietoa kuntoutuksen toteutuksesta fokusryhmähaastattelujen avulla.

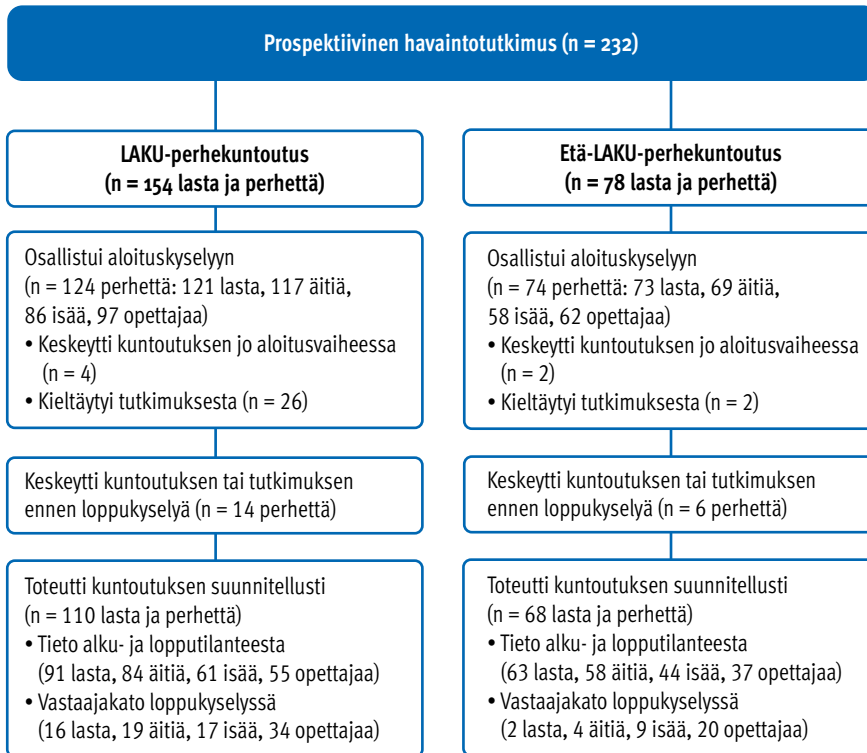
4.5 Aineiston keruu

Monimuotoisen perhekuntoutuksen seurantatutkimus ja aineiston keruu aloitettiin syksyllä 2013. LAKU-kuntoutustoiminta oli käynnistynyt jo tammikuussa 2011. LAKU-tutkimusaineistoon pyrittiin rekrytoimaan alustavien laskelmien perusteella noin 150 perhettä (Slavin ja Smith 2009). LAKU-aineiston muodostivat lopulta 1.11.2013–30.9.2014 perhekuntoutukseen ohjatut perheet. Alkuvuodesta 2013 käynnistyneen Etä-LAKU-kuntoutuksen osalta tutkimukseen rekrytoitiin kaikki ajalla 1.1.2014–31.12.2015 kuntoutukseen ohjatut perheet. Etä-LAKU-aineiston muodostamisessa otettiin huomioon, että kuntoutukseen ohjautui selvästi vähemmän lapsia ja perheitä kuin LAKU-kuntoutukseen, mutta aineistojen kokoerot pyrittiin pitämään tasapainossa. Lopullisessa LAKU-aineistossa oli vähintään yksi perheenjäsen 110 perheestä, ja vastaavasti Etä-LAKUssa yksi perheenjäsen 68 perheestä (kuvio 1, s. 25).

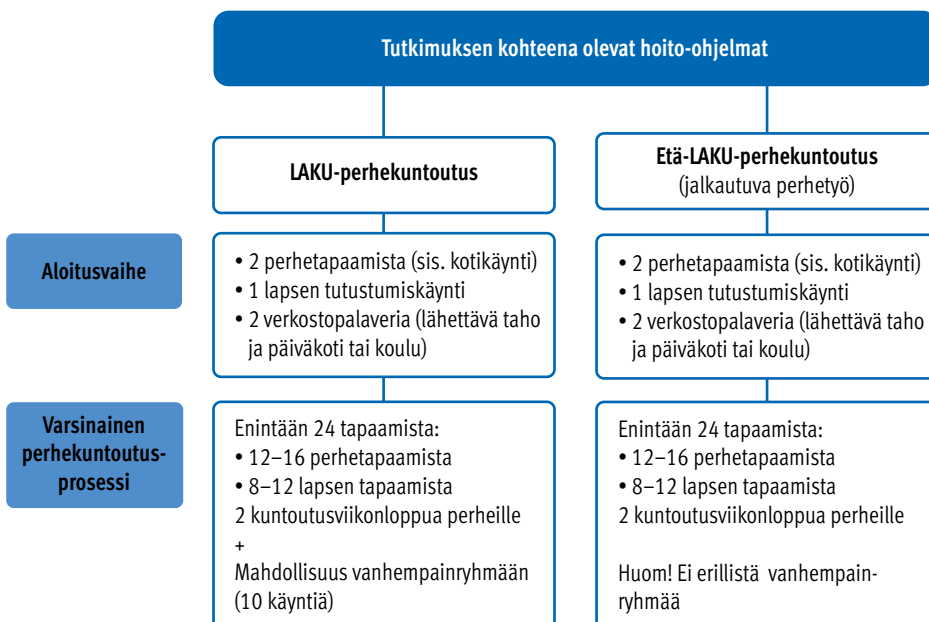
Aineistojen jakaumat eivät poikenneet toisistaan keskeyttäneiden osalta. Toisin sanoen keskeyttäneiden määrä ei poikennut aineistoissa. Sen sijaan tutkimuksesta kieltäytyminen oli yleisempää LAKU-aineistossa kuin Etä-LAKU-aineistossa ($p < 0,05$). Myös havaintoyksikkökato eli kyselyn täyttämättä jättäminen jälkimmäisessä mittausajankohdassa oli LAKU-aineiston lapsilla ja äideillä yleisempää kuin Etä-LAKU-aineistossa ($p < 0,05$).

Tutkimukseen osallistuneiden lasten ja huoltajien taustatiedot on esitetty taulukossa 1 (s. 26). LAKU-aineiston lapset olivat keskimäärin 0,5–1 vuotta vanhempia kuin Etä-LAKU-aineiston lapset. Vaikka keskiarvojen ero ei ollut aivan tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,066$), luokitellun ikämuuttujan tarkastelu osoitti, että Etä-LAKU-aineistossa lapset olivat todennäköisemmin alle 10-vuotiaita LAKU-aineistoon verrattuna ($p = 0,027$). Lasten sukupuoli- ja diagnoosijakaumat eivät sen sijaan poikenneet toisistaan. Havaitsimme kuitenkin, että ADHD-lääkehoito oli kuntoutuksen alkaessa yleisempää Etä-LAKU-aineiston lapsilla LAKU-aineistoon verrattuna ($p = 0,036$). Huoltajilta kerätyn tiedon perusteella 76,2 % Etä-LAKU-aineiston lapsista (LAKU-aineisto 57,1 %), joilla oli ADHD-diagnoosi, sai ADHD-lääkehoitoa kuntoutuksen alkaessa (ei taulukoitu). Huoltajavertailujen perusteella LAKU-aineiston äidit olivat keskimäärin noin 2 vuotta Etä-LAKU-aineiston äitejä vanhempia ($p = 0,029$). Isien keski-iat eivät eronneet toisistaan.

Kuvio 1. Havaintotutkimusaineiston muodostuminen.



Kuvio 2. Tutkimuksen kohteena olevien LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutusohjelmien sisältö.



Taulukko 1. Seurantatutkimukseen osallistuneiden lasten ja huoltajien taustatiedot.^a

Taustatiedot	Hoito-ohjelma		p ^b
	LAKU	Etä-LAKU	
Lasten tiedot	n = 110	n = 68	
Ikä vuosina (keskihajonta)	9,1 (2,0)	8,6 (1,8)	0,066
Ikä (luokiteltu)			0,027
Alle 10 vuotta	55,5 % (61)	72,1 % (49)	
10 vuotta tai enemmän	44,5 % (49)	27,9 % (19)	
Sukupuoli			0,320
Tyttö	17,3 % (19)	11,8 % (8)	
Poika	82,7 % (91)	88,2 % (60)	
Diagnoosi (ICD-10)			0,232
ADHD	50,0 % (55)	54,4 % (38)	
ADHD + uhmakkuus- tai käytöshäiriö	23,6 % (26)	11,8 % (8)	
Laaja-alainen kehityshäiriö (esim. Aspergerin oireyhtymä)	13,6 % (15)	20,6 % (14)	
Muu	12,7 % (14)	11,8 % (8)	
Huoltaja- ja perhetiedot^c			
Ikä vuosina (keskihajonta)			
Äiti	39,1 (5,93)	37,1 (5,84)	0,029
Isä	41,2 (6,27)	40,5 (6,92)	0,537
Perhemuoto			0,506
Ydinperhe	58,7 % (108)	54,8 % (63)	
Muu	41,3 % (76)	45,2 % (52)	
Psyykkinen kuormittuneisuus (MHI-5) ^d			0,128
Ei (yli 60 pistettä)	87,0 % (154)	82,5 % (94)	
Kyllä (≤ 60 pistettä)	13,0 % (23)	17,5 % (20)	

ICD-10, Tautiluokitus ICD-10; ADHD, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö; Ryhmässä ”Muu” yleisimmät diagnoosit olivat määrittämätön lapsuuden tunnehäiriö, määrittämätön lapsuuden sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriö tai tarkemmin määrittämätön lapsuudessa ja nuoruudessa alkava toiminto- ja tunnehäiriö.

^a Taulukossa on esitetty kategoristen muuttujien suhteelliset prosenttiosuudet ja havaintojen lukumäärät. Lasten ikää on tarkasteltu jatkuvana ja luokiteltuna muuttujana. Ensiksi mainitusta on ilmoitettu keskiarvot ja keskihajonnat.

^b Tilastollinen merkitsevyys on laskettu χ^2 -testillä (luokitellut muuttujat) tai riippumattomien otosten t-testillä (ikä).

^c Huoltaja- ja perhetietojen tarkastelu sisältää kaikki LAKU- ja Etä-LAKU-aineistoissa mukana olevat huoltajat. Esimerkiksi samaa lasta arvioivien huoltajien perhemuoto saattoi erota toisistaan.

^d Psyykkistä kuormittuneisuutta kartoitettiin Mental Health Inventory -kyselyllä (MHI-5). Psyykkinen kuormittuneisuus viittaa siihen, että henkilö saattaa kokea kliinisesti merkittävää mielialaoireilua.

Kuntoutuksen keskeyttäneiden lasten (n = 20) päädiagnoosi oli muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta ADHD tai ADHD ja samankertainen käytöshäiriö.

4.6 LAKU- ja Etä-LAKU-perhekuntoutuksen sisältökuvaukset ja kesto

LAKU- ja Etä-LAKU-perhekuntoutus koostuivat aloitusvaiheesta ja varsinaisesta kuntoutusprosessista (kuvio 2, s. 25). Aloitusvaiheen tarkoituksena oli täsmentää kuntoutuksen tavoitteet, tiedottaa toimintasisällöistä eri osapuolille (perhe, koulu ja lähettävä taho) ja varmistaa perheenjäsenten mahdollisuus sitoutua varsinaiseen kuntoutusprosessiin. Itse kuntoutusprosessi koostui ennen kaikkea perheen käyntikerroista ja lapsen yksilöllisistä käyntikerroista. *Perhetapaamisissa* saatettiin tavata toinen huoltaja, molemmat huoltajat tai koko perhe. Toteutuksesta vastasi työpari, joista toinen oli vähintään erityistason psykoterapeutti. Työskentely perustui perheterapeuttisiin tai vuorovaikutusterapeuttisiin menetelmiin. Tavoitteena oli vanhemmuuden tukeminen ja perheensisäisen vuorovaikutuksen vahvistaminen. *Lapsen yksilötapaamisissa* työskenneltiin lapsen kanssa. Vastuuhenkilönä oli yksi moniammatillisen tiimin jäsenistä (esim. sairaanhoitaja AMK, toimintaterapeutti, erityisopettaja, psykologi).

LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutusohjelmat sisälsivät myös kaksi kuntoutusviikonloppua. Kuntoutusviikonloppujen tavoitteena oli perheiden yhdessäolon tukeminen ja niiden sisältö saattoi koostua esimerkiksi erilaisista toiminnallisista ja liikunnallisista elementeistä. Kuntoutusviikonloppuihin oli mahdollista sisällyttää myös lapsi- ja perheryhmiä. LAKU-kuntoutuksessa oli tämän lisäksi mahdollista järjestää erillinen vanhempainryhmä, jonka tavoitteena on huoltajien psyykkisen kuormittuneisuuden vähentäminen esimerkiksi tiedollisen tuen ja vertaistuen avulla. LAKU-kuntoutuksen kesto oli noin 14 kuukautta ja Etä-LAKU-kuntoutus kesti noin 18 kuukautta. LAKU- ja Etä-LAKU-perhekuntoutusta oli tarvittaessa mahdollista jatkaa tämän jälkeen lisäkäynneillä. Tässä tutkimuksessa kuvataan mahdollista muutosta lasten ja perheiden hyvinvoinnissa ennen varsinaista perhekuntoutusprosessia ja sen jälkeen, joten lisäkäyntien toteutumista ei tarkastella.

4.7 LAKU- ja Etä-LAKU-perhekuntoutuksen keskeiset erot

LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutuksen toteutuksessa oli kaksi merkittävää eroa. Etä-LAKU-kuntoutus ei sisältänyt erillisiä vanhempainryhmiä. Tämä johtui siitä, että Etä-LAKU-kuntoutus oli suunnattu haja-asutusalueilla asuville perheille. Pitkien välimatkojen vuoksi ryhmien järjestäminen ei olisi ollut realistista. Nimestään huolimatta Etä-LAKU-kuntoutusta toteutettiin ns. lähipalveluna. Käytännössä jokainen tapaaminen toteutettiin lapsen ja perheen arkiympäristöissä. Vaikka LAKU-kuntoutus sisälsi myös mahdollisuuden perheiden arjessa tapahtuvaan työskentelyyn, LAKU-kuntoutus edusti selkeämmin perinteistä työskentelytapaa, jossa lapsia ja perheitä tavattiin useimmiten palveluntuottajan toimitiloissa.

4.8 Seurantatutkimuksen tulostuottajat

Lapsen sosiaalinen kompetenssi: sosiaaliset taidot, tunteiden ja käyttäytymisen säätely. Sosiaalinen kompetenssi tarkoittaa tässä tutkimuksessa lapsen sosiaalisten taitojen sekä tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn kokonaisuutta. Näitä taitoja ja käyttäytymismalleja kartoitettiin MASK-mittarin avulla (Junttila ym. 2006). Sosiaalisten taitojen ulottuvuudet ovat *yhteistyötaidot* (esim. ”osallistuu aktiivisesti ryhmätoimintaan”) ja *empatiakyky* (esim. ”ottaa huomioon muiden tunteet”). Lapsen tunteiden säätelyn ulottuvuus MASK-mittarissa on *emotionaalinen impulsiivisuus* (esim. ”saa raivokohtauksia”). Käyttäytymisen haasteilla tarkoitetaan *häiritsevyyttä* (esim. ”väittelee ja riitelee muiden kanssa”). Huomionarvoista on se, että emotionaalista impulsiivisuutta ja häiritsevää käyttäytymistä mittaavat ulottuvuudet viittaavat myös lapsen uhmakkuushäiriön alatyyppeihin (Cavanagh ym. 2017; Evans ym. 2017). MASK-kyselyn osioista muodostettujen summamuuttujien vaihteluväli skaalattiin yhtenäisyyden vuoksi ja tulkinnan helpottamiseksi välille 0–100. Tieto kerättiin lapsilta, huoltajilta ja opettajilta.

Lapsen elämänlaatu. Lapsen elämänlaatua mitattiin Kid-KINDL-R-mittarilla, joka on 24 väittämää sisältävä lapsen terveyteen liittyvää elämänlaatua kartoittava standardoitu kysely (Korpilahti ym. 2015; Vuori 2018). Kid-KINDL-R-mittari on tarkoitettu 7–13-vuotiaille lapsille ja nuorille, joten alle kouluikäiset lapset eivät täyttäneet mittaria. Yksittäiset väittämät jakaantuvat lisäksi kuuteen eri osa-alueeseen (4 väittämää/osa-alue), joita ovat lapsen fyysinen terveys, psyykkinen hyvinvointi, itsetunto, perhe-elämä, kaverisuhteet ja koulunkäynti. Mittarista on mahdollista muodostaa kaikki osa-alueet sisältävä geneerinen summamuuttuja, jonka lisäksi osa-alueita voidaan tarkastella myös toisistaan erillään. Analyyseissa geneerisestä osasta ja osa-alueista muodostettujen summamuuttujien vaihteluväli standardoitiin välille 0–100. Suurin arvo ilmaisee parasta mahdollista koettua elämänlaatua. Tieto kerättiin lapsilta ja heidän huoltajiltaan.

Lapsen sosiaalinen ja emotionaalinen yksinäisyys. Lapsen kokemaa sosiaalista ja emotionaalista yksinäisyyttä selvitettiin Peer Network and Dyadic Loneliness -mittarilla (PNDL) (Hoza ym. 2000). Mittari on validoitu aiemmin suomalaisella koululaisaineistolla (Junttila ja Vauras 2009). Mittarissa oli mukana yhteensä kuusi osiota, joista kolme mittasi sosiaalista yksinäisyyttä ja kolme emotionaalista yksinäisyyttä. Osiot esitettiin väittämäpareina, joista lapsen tuli ensin valita se, joka kuvaa paremmin häntä itseään (esim. ”jotkut lapset tuntevat sopivansa hyvin muiden joukkoon MUTTA jotkut lapset tuntevat sopivansa huonosti muiden joukkoon”). Jokainen yksittäinen osio koodattiin ns. dummy-muuttujiksi (0 = ei yksinäisyyttä, 1 = kokee yksinäisyyttä). Tämän jälkeen sosiaalista ja emotionaalista yksinäisyyttä kuvaavat osiot laskettiin erikseen yhteen, ja ne lapset, joilla oli vähintään yksi yksinäisyyden kokemusta kuvaava vastaus, luokiteltiin ryhmään ”kokee yksinäisyyttä”.

Huoltajien pystyvyyden tunne ja vanhemmuuteen liittyvä stressi. Huoltajien pystyvyyden tunnetta (*parenting self-efficacy*, PSE) mitattiin Turun yliopiston standardoimaa kyselyä käyttäen (Junttila ym. 2006; Junttila ym. 2015). Vanhemmuuteen liittyvää stressiä mitattiin puolestaan viidestä osiosta muodostetun summamuuttujan avulla. Osioiden valinnassa hyödynnettiin Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Tilastokeskuksen toteuttamia lapsiperhekyselyjä (Perälä ym. 2011). Tutkimukseen osallistuneilta huoltajilta tiedusteltiin, missä määrin seuraavat vanhemmuuteen liittyvät huolenaiheet kuvaavat heidän viimeaikaisia kokemuksiaan: (a) oma jaksaminen; (b) johdonmukainen rajojen asettaminen lapselle; (c) maltin menettäminen ristiriitatilanteissa lapsen kanssa; (d) jatkuva syyllisyyden ja riittämättömyyden tunne vanhempana, ja (e) yksinäisyys ja vastuun kantaminen yksin vanhempana. Huolta selvitettiin neliportaisen asteikon avulla (1 = ”en ole ollut lainkaan huolissani”, 2 = ”olen ollut vähän huolissani”, 3 = ”olen ollut melko paljon huolissani”, 4 = ”olen ollut erittäin huolissani”) (ks. Gladstone ja Parker 2003; Vuori ym. 2017a).

Huoltajien psyykkinen kuormittuneisuus ja ahdistuneisuus. Huoltajien psyykkistä kuormittuneisuutta kartoitettiin MHI-5-mittarilla (Mental Health Inventory) (Kelly ym. 2008; Vester Thorsen ym. 2013). Summapistemäärä muutettiin ohjeiden mukaisesti asteikolle 0–100. Psyykkisen kuormittuneisuuden raja-arvoina käytetään tässä tutkimuksessa kolmea yleisintä katkaisukohtaa: ≤ 52 pistettä, ≤ 60 pistettä ja ≤ 68 pistettä (Vester Thorsen ym. 2013). MHI-5-mittaria hyödynnetään esimerkiksi kotimaisissa väestökyselyissä. Tulkintaohjeiden mukaan psyykkinen kuormittuneisuus viittaa mielialaoireilun mahdollisuuteen (Murto ym. 2017). Pienimmät arvot kuvastavat voimakasta psyykkistä kuormittuneisuutta. *Subjektiiivista ahdistuneisuutta* mitattiin Raitasalon BDI-depressiokyselyn (Beck ja Beck 1972) pohjalta muokkaamaan depressiokyselyyn (RBDI) sisältyvällä yksittäisellä osiolla (Raitasalo 2007). Ahdistuneisuutta mitattiin tiedustelemalla huoltajilta, kokivatko he olevansa ahdistunut tai jännittynyt. Ahdistuneisuutta kuvaava dikotominen muuttuja muodostettiin ohjeistuksen mukaisesti: 0 = ei ahdistunut (”Pidän itseäni melko hyvähermoisena enkä ahdistu kovinkaan helposti”, ”En tunne itseäni ahdistuneeksi tai huonohermoiseksi”), 1 = ahdistunut (”Ahdistun tai jännityn melko helposti”, ”Tulen erityisen helposti tuskaiseksi, ahdistuneeksi tai jännittyneeksi”, ”Tunnen itseni jatkuvasti ahdistuneeksi ja tuskaiseksi, kuin hermoni olisivat loppuun kuluneet”) (Raitasalo 2007).

4.9 Seurantatutkimusaineiston analyysit

Edellä esiteltujen tulostuuttajien jakaumien tunnusluvut ja sisäistä yhtenevyyttä kuvaavat Cronbachin alfa -kertoimet on esitetty liitetaulukoissa 1 ja 2. Monitahoarviointien analyysit toteutettiin erikseen lapsiaineistoille, huoltaja-aineistoille ja opettaja-aineistoille. Lisäksi LAKU- ja Etä-LAKU-aineistot analysoitiin erikseen, mutta tulokset on esitetty taulukoissa rinnakkain. Tilasyistä ja esitystavan pitämiseksi selkeänä tässä tutkimuksessa ei analysoitu tarkemmin erilaisia mahdollisia yhdysvaikutuksia, vaan analyysissa oltiin kiinnostuttu ennen kaikkea mahdollisesta muutoksesta kahden mittausajankohdan välillä. Kategoristen muuttajien toistomit-

tausten analyysimenetelmänä käytettiin McNemarin testiä. Keskiarvovertailut toteutettiin lineaaristen sekamallien avulla. Aika huomioitiin analyyseissa sekä toistomittauksena että kiinteänä tekijänä. Malleissa oli mukana satunnainen vakiotermin. Tällä kontrolloitiin se, että aineisto sisälsi eri mittausajankohdissa kerättyä tietoa samoilta havaintoyksiköiltä. Huoltaja-aineiston analyyseissa kontrolloitiin myös se, että yksittäiset havainnot – tässä tapauksessa huoltajat samasta perheestä – muodostivat hiearkkisen aineistorakenteen, minkä vuoksi havaintoyksiköiden riippumattomuusoletus ryhmien sisällä ei täyttnyt. (Garson 2013.) Keskiarvovertailujen tuloksista on raportoitu myös estimoitujen keskiarvojen luottamusvälit ja p-arvot. Analyysit suoritettiin käyttäen SPSS-tilasto-ohjelman versiota 24.

4.10 Vastaajakato, osittaiskato ja puuttuvien arvojen korvaaminen

Jälkimmäisessä mittausajankohdassa ilmeni jonkin verran vastaajakatoa eli henkilö ei täyttänyt kyselylomaketta. Vastaajakato ei ollut lapsi- ja huoltaja-aineistoissa yhteydessä lapsen ikään tai sukupuoleen. Vastaajakato ei myöskään ollut yhteydessä huoltajan ikään tai lapsen päädiagnoosiin (ICD-10). Huoltaja-aineistossa ei ollut mahdollista analysoida huoltajan koulutustaustan yhteyttä vastaajakatoon. Koulutustaustaa ei ollut kysytty aloituskyselyssä.

Puuttuvia yksittäisiä vastauksia eli osittaiskatoa (item nonresponse) havaittiin erityisesti Kid-KINDL-R-mittarin kohdalla. Lasten kohdalla puuttuvaa tietoa esiintyi todennäköisemmin nuoremmilla vastaajilla. KINDL-R-mittaria ja puuttuvaa tietoa on analysoitu tarkemmin toisessa raportissa (Vuori 2018). Huoltaja-aineistossa osittaiskato oli puolestaan hieman yleisempää LAKU-aineistossa kuin Etä-LAKU-aineistossa. Puuttuvan tiedon korvaamisessa hyödynnettiin odotusarvon maksimoinnin menetelmää (*expectation maximization*) (Enders 2003; Schlomer ym. 2010). Useamman väittämän mittareissa, joissa osioiden määrä oli vähintään 10 (esim. PSE), sallittiin enintään yksi puuttuva tieto 1–3 osiossa. Lyhyempien mittareiden (esim. MHI-5) tai mittareiden osa-alueiden (esim. KINDL-R:n perhesuhteet-osa-alue) puuttuvat arvot imputoitiin ainoastaan siinä tapauksessa, että vastaajalta puuttui enintään yksi arvo. Katoanalyysissa tarkasteltiin tarkemmin myös sitä, oliko jälkimmäisessä mittausajankohdassa havaittu vastaajakato yhteydessä tulostuuttuvien vaihteluun. Analyysien perusteella ne LAKU-aineiston lapset, jotka eivät olleet vastanneet jälkimmäiseen kyselyyn, arvioivat itsellään ilmenevän keskimäärin vähemmän käytöspulmia kuntoutuksen alkaessa ($p < 0,05$). Muilta osin vastaajakato ei ollut yhteydessä lähtötilanteen keskiarvojen vaihteluun lapsi-, huoltaja- ja opettaja-aineistoissa.

4.11 Työntekijöiden fokusryhmähaastattelut ja aineiston analyysit

Työntekijöiden kokemuksia monimuotoisen perhekuntoutuksen toteutuksesta kerättiin fokusryhmähaastattelujen avulla. Haastatteluihin osallistuivat kaikki kuusi LAKU- ja Etä-LAKU-perhekuntoutuksessa mukana ollutta toimipistettä. Haastattelut toteutettiin keväällä 2017. Ne toteutti kaksi tutkijaa. Kunkin haastattelun kesto oli

noin puolitoista tuntia. Tiedon keruu toteutettiin puolistrukturoituna. Työntekijöille lähetettiin etukäteen kutsukirje osallistua fokusryhmään. Kutsun mukana lähetettiin tiedoksi haastattelurunko. Lisäksi kaikki haastattelut etenivät jokseenkin samassa järjestyksessä ja samojen kysymysten ohjaamina.

Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä noin 300 sivua (A4, fonttikoko 12, riviväli 1,5). Aineisto analysoitiin sisällön analyysin ja teemoittelun avulla (Kyngäs ym. 2011). Analyysien perusteella muodostetut keskeiset teemat, joiden mukaan tulokset on esitetty, olivat 1) kuntoutukseen ohjautuminen, 2) kohderyhmään liittyvät erityis- huomiot, 3) huoltajien hyvinvoinnin huomioiminen, 4) kuntoutuksen ja hoidon keskinäinen suhde, 5) perhekuntoutuksessa käytetyt menetelmät ja toimintasisällöt, 6) perhekuntoutuksen yleiset tekijät, 7) päiväkodin ja koulun rooli ja 8) perhekuntoutuksen toteutuksen keskeisimmät haasteet.

4.12 Tutkimuseettiset huomiot

Tutkimuksella on Kelan tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto (dnro 6/2013 ja dnro 8/2013). Tutkimus on rekisteröity yleisesti hyväksyttävään tietokantaan (ClinicalTrials.gov # NCT02250339). Tutkimuksen toteutusta ohjaavat tutkimuslaki (L 488/1999 muutoksineen) ja ihmistieteiden tutkimuseettiset periaatteet (TENK 2009).

5 Tulokset

5.1 Monimuotoisen perhekuntoutuksen tuloksellisuus

5.1.1 Lapsen sosiaaliset taidot ja tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteet

Taulukossa 2 on esitetty MASK-mittarin osa-alueiden lasten itsearvioiden keskiarvot kuntoutuksen alkaessa ja päättyessä. Suurin arvo (100) viittaa siihen, että lapsella on erittäin vahvat sosiaaliset taidot ja että hänellä ei esiinny lainkaan esimerkiksi tunteiden säätelyn (impulsiivisuus) vaikeuksia. Tulosten mukaan lasten arviot eivät eronneet toisistaan eri mittausajankohtien välillä. Tulostaulukosta käy myös ilmi, että lapset toivat itsearviointeissaan selkeämmin esille tunteiden säätelyyn kuin esimerkiksi käyttäytymiseen (häiritsevyys) liittyviä vaikeuksia. Lasten itsearviot eivät eronneet toisistaan hoito-ohjelmien välillä.

Taulukossa 3 (s. 33) on esitetty huoltajien arviot. Näiden perusteella lasten empatiakyky vahvistui. Myös lasten tunteiden säätelyn vaikeudet (impulsiivisuus) ja käytösongelmat vähenivät. Muutos oli hyvin samansuuntainen molemmissa hoito-ohjelmissa. Luottamusvälitarkastelujen perusteella etenkin tunteiden säätelyn vaikeuksien (esim. toistuvat raivokohtaukset) väheneminen oli melko merkittävää.

Taulukko 2. Lasten itsearviot sosiaalisista taidoista ja tunteiden säätelyn sekä käyttäytymisen haasteista perhekuntoutuksen alkaessa ja päättyessä.

	LAKU-perhekuntoutus			Etä-LAKU-perhekuntoutus		
	Alku	Loppu	P	Alku	Loppu	P
Yhteistyötaidot	68,9 (63,5–74,2)	66,9 (61,2–72,5)	0,317	67,6 (60,9–74,2)	64,8 (57,9–71,7)	0,297
Empatia	76,7 (71,0–82,4)	78,1 (72,1–84,2)	0,547	72,7 (65,8–79,6)	73,1 (66,0–80,3)	0,887
Impulsiivisuus	54,5 (48,2–60,8)	58,7 (52,1–65,4)	0,082	55,4 (48,4–62,4)	54,4 (47,1–61,8)	0,798
Häiritsevyys	80,0 (75,9–84,1)	81,3 (76,9–85,8)	0,534	76,2 (70,7–81,7)	76,8 (71,1–82,6)	0,814

LAKU-aineiston alkukyselyyn vastasi 107 lasta (Etä-LAKU 65 lasta). LAKU-aineiston loppukyselyyn vastasi 91 lasta (Etä-LAKU 63 lasta). Aika on huomioitu mallissa kiinteänä tekijänä ja toistomittauksena. Lisäksi mallissa on kontrolloitu lapsen ikä ja sukupuoli.

Taulukossa on esitetty keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit.

MASK-mittari, Asteikko 0–100:

0 = lapsella on heikot yhteistyötaidot/empatiakyky ja 100 = lapsella on vahvat yhteistyötaidot/empatiakyky

0 = lapsella esiintyy erittäin usein emotionaalista impulsiivisuutta / häiritsevää käyttäytymistä ja 100 = lapsella ei esiinny lainkaan emotionaalista impulsiivisuutta / häiritsevää käyttäytymistä.

Taulukko 3. Huoltajien arviot lasten sosiaalisista taidoista ja tunteiden säätelyn sekä käyttäytymisen haasteista perhekuntoutuksen alkaessa ja päättyessä.

	LAKU-perhekuntoutus			Etä-LAKU-perhekuntoutus		
	Alku	Loppu	P	Alku	Loppu	P
Yhteistyötaidot	60,1 (55,8–64,4)	62,0 (57,6–66,5)	0,153	63,4 (58,6–65,4)	63,6 (57,9–69,3)	0,882
Empatia	57,3 (53,1–61,6)	62,3 (57,9–66,7)	0,001	62,6 (56,9–68,2)	66,7 (61,0–72,3)	0,008
Impulsiivisuus	38,4 (34,4–42,4)	44,8 (40,6–49,0)	< 0,001	43,1 (35,7–50,2)	51,4 (44,2–58,6)	< 0,001
Häiritsevyys	56,5 (52,3–60,7)	60,6 (56,3–65,0)	0,003	57,9 (50,5–65,3)	63,0 (55,6–70,4)	0,006

LAKU-aineistossa oli mukana 110 perhettä (Etä-LAKU 68 perhettä). LAKU-aineiston alkukyselyyn vastasi 103 äitiä ja 78 isää (Etä-LAKU 62 äitiä ja 53 isää). LAKU-aineiston loppukyselyyn vastasi 84 äitiä ja 61 isää (Etä-LAKU 58 äitiä ja 44 isää).

Aika on huomioitu mallissa kiinteänä tekijänä ja toistomittauksena. Huoltaja-aineiston havaintojen keskinäinen riippuvuus on kontrolloitu (ylemmän tason tekijä = perhe). Lisäksi mallissa on kontrolloitu vastaaja (äiti tai isä), lapsen sukupuoli ja lapsen ikä. Taulukossa on esitetty keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit.

MASK-mittari, Asteikko 0–100:

0 = lapsella on heikot yhteistyötaidot/empatiakyky ja 100 = lapsella on vahvat yhteistyötaidot/empatiakyky

0 = lapsella esiintyy erittäin usein emotionaalista impulsiivisuutta / häiritsevää käyttäytymistä ja 100 = lapsella ei esiinny lainkaan emotionaalista impulsiivisuutta / häiritsevää käyttäytymistä.

Taulukko 4. Opettaja-arviot lasten sosiaalisista taidoista ja tunteiden säätelyn sekä käyttäytymisen haasteista perhekuntoutuksen alkaessa ja päättyessä.

	LAKU-perhekuntoutus			Etä-LAKU-perhekuntoutus		
	Alku	Loppu	P	Alku	Loppu	P
Yhteistyötaidot	46,8 (41,6–52,0)	48,3 (42,7–54,0)	0,511	53,8 (45,7–62,0)	56,9 (48,5–65,4)	0,193
Empatia	49,2 (43,3–55,0)	49,4 (42,9–55,8)	0,933	58,5 (49,0–68,1)	62,0 (52,1–71,9)	0,167
Impulsiivisuus	49,8 (41,2–58,4)	53,4 (44,5–62,4)	0,180	61,6 (46,3–76,9)	67,0 (51,1–82,9)	0,186
Häiritsevyys	60,1 (52,6–67,6)	62,8 (54,7–70,9)	0,361	62,9 (48,8–76,9)	70,3 (55,6–84,9)	0,046

LAKU-aineiston alkukyselyyn vastasi 89 opettajaa (Etä-LAKU 57 opettajaa). LAKU-aineiston loppukyselyyn vastasi 55 opettajaa (Etä-LAKU 37 opettajaa). Lisäksi mallissa on kontrolloitu opettajan sukupuoli ja lapsen ikä ja sukupuoli.

Aika on huomioitu mallissa kiinteänä tekijänä ja toistomittauksena.

Taulukossa on esitetty keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit.

MASK-mittari, Asteikko 0–100:

0 = lapsella on heikot yhteistyötaidot/empatiakyky ja 100 = lapsella on vahvat yhteistyötaidot/empatiakyky

0 = lapsella esiintyy erittäin usein emotionaalista impulsiivisuutta / häiritsevää käyttäytymistä ja 100 = lapsella ei esiinny lainkaan emotionaalista impulsiivisuutta / häiritsevää käyttäytymistä.

Jatkoanalyysien (ei taulukoitu) perusteella LAKU-aineistossa äidit arvioivat lapsilla ilmenevän keskimäärin enemmän tunteiden säätelyyn ($p = 0,003$) ja käyttäytymiseen ($p = 0,001$) liittyviä haasteita kuin isät. Etä-LAKU-aineistossa äidit arvioivat lapsilla ilmenevän keskimäärin enemmän käytöspulmia kuin isät ($p < 0,001$). Yhdistetyn huoltaja-aineiston vertailut osoittivat, että LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden lasten empatiakyky arvioitiin hieman heikommaksi kuin Etä-LAKU-aineiston lasten ($p = 0,031$). Tämän lisäksi LAKU-aineiston lapsilla esiintyi huoltaja-arvioiden perusteella keskimäärin enemmän tunteiden säätelyyn ($p = 0,010$) liittyviä haasteita kuin Etä-LAKU-aineiston lapsilla.

Opettaja-arvioiden perusteella LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden lasten sosiaaliset taidot ja empatiakyky eivät vahvistuneet (taulukko 4, s. 33). LAKU-kuntoutukseen osallistuneilla lapsilla ei myöskään havaittu muutosta tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteissa. Opettaja-arvioiden perusteella Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden lasten tunteiden säätelyn haasteet eivät myöskään vähentyneet, mutta Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden lasten käytöspulmat sen sijaan vähenivät. Muutos oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p = 0,046$).

Jatkoanalyysissa (ei taulukoitu) aineistot yhdistettiin voiman lisäämiseksi. Yhdistetyn aineiston analyysit antoivat viitteitä siitä, että perhekuntoutukseen osallistuneiden lasten tunteiden säätelyn vaikeudet vähenivät kouluympäristössä. Tosin tulos ei ollut tilastollisesti aivan merkitsevä ($p = 0,058$). Käytösongelmien väheneminen osoittautui tilastollisesti melkein merkitseväksi yhdistetyssä opettaja-aineistossa ($p = 0,033$).

5.1.2 Lapsen elämänlaatu

Lasten elämänlaadun (Kid-KINDL-R) itsearviointit hoito-ohjelmittain on esitetty taulukossa 5 (s. 35). Tulosten perusteella lasten itsearviot eri mittausajankohtien välillä eivät eronneet toisistaan LAKU- ja Etä-LAKU-aineistoissa. Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneet lapset arvioivat psyykkisen hyvinvointinsa jopa hieman heikommaksi kuntoutuksen päättyessä, mutta tulos ei aivan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,083$). Osa-alueiden tarkastelujen perusteella lasten itsearvioinneissa korostuivat etenkin itsetuntoon liittyvät haasteet.

Aineistojen keskinäinen vertailu puolestaan osoitti, että LAKU-aineiston lapset arvioivat itsetuntonsa heikommaksi kuin Etä-LAKU-aineiston lapset ($p = 0,006$; ei taulukoitu).

Huoltajat eivät havainneet muutosta lasten elämänlaadussa (taulukko 6, s. 36). Kaksi tärkeää havaintoa tuli kuitenkin ilmi. Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneet huoltajat arvioivat perhesuhteiden muuttuneen myönteisempään suuntaan ($p < 0,001$). Luottamusvälitarkastelu antoi lisäksi viitteitä siitä, että myönteinen muutos oli melko merkittävä. LAKU-aineistossa ei havaittu vastaavaa muutosta. Toisaalta LAKU-ai-

neiston analyysi antoi viitteitä siitä, että huoltajat arvioivat lapsilla esiintyvän enemmän koulunkäyntiin ja kouluviihtyvyyteen liittyviä haasteita kuntoutuksen päättyessä kuin alkaessa. Muutos oli marginaalisesti tilastollisesti melkein merkitsevä ($p = 0,050$). Etä-LAKU-aineistossa muutos oli samansuuntainen, mutta tulos ei osoittautunut tilastollisesti merkitseväksi. Yhdistetyssä aineistossa (tietoja ei esitetä taulukossa) negatiivinen muutos koulunkäynnin osalta tuli voimakkaammin esille ($p = 0,013$).

Taulukko 5. Lasten itsearviot elämänlaadusta perhekuntoutuksen alkaessa ja päättyessä.

	LAKU-perhekuntoutus			Etä-LAKU-perhekuntoutus		
	Alku	Loppu	P	Alku	Loppu	P
Fyysinen terveys	73,7 (68,7–78,8)	73,4 (68,1–78,6)	0,880	71,0 (64,9–77,1)	69,2 (63,0–75,4)	0,477
Psyykinen hyvinvointi	73,7 (70,2–77,2)	75,0 (70,4–79,7)	0,624	77,4 (72,2–82,6)	74,2 (68,9–79,5)	0,106
Itsetunto	60,9 (54,5–67,2)	62,9 (56,2–69,6)	0,522	68,0 (60,5–75,5)	65,9 (58,2–73,5)	0,501
Perhesuhteet	72,3 (68,2–76,5)	73,2 (68,8–77,5)	0,688	70,4 (64,3–76,6)	72,8 (66,6–79,0)	0,252
Kaverisuhteet	69,6 (64,2–74,9)	69,7 (64,1–75,3)	0,958	71,2 (64,8–77,5)	71,0 (64,6–77,5)	0,962
Koulunkäynti	74,9 (69,6–80,3)	74,9 (69,4–80,5)	0,998	72,8 (66,6–78,9)	72,2 (66,0–78,4)	0,808
Kid-KINDL-R	70,8 (67,3–74,3)	71,8 (68,2–75,5)	0,464	72,1 (67,7–76,5)	70,8 (66,4–75,2)	0,346

LAKU-aineiston alkukyselyyn vastasi 107 lasta (Etä-LAKU 65 lasta). LAKU-aineiston loppukyselyyn vastasi 91 lasta (Etä-LAKU 63 lasta).

Aika on huomioitu mallissa kiinteänä tekijänä ja toistomittauksena. Lisäksi mallissa on kontrolloitu lapsen ikä ja sukupuoli.

Taulukossa on esitetty keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit.

Kid-KINDL-mittari, Asteikko 0–100:

0 = heikoin mahdollinen elämänlaatu – 100 = paras mahdollinen elämänlaatu

Kid-KINDL-R on kaikki kuusi osa-aluetta sisältävä summamuuttuja.

Huom! Alle kouluikäiset lapset eivät täyttäneet Kid-KINDL-R-mittaria.

Jatkoanalyysit osoittivat (ei taulukoitu), että LAKU-aineiston äidit arvioivat lastensa fyysisen terveyden ($p = 0,007$), psyykkisen hyvinvoinnin ($p = 0,024$) ja elämänlaadun kokonaisarvion ($p = 0,010$) keskimäärin heikommaksi kuin LAKU-aineiston isät. Etä-LAKU-aineistossa ei havaittu huoltajien keskinäisiä eroja. LAKU- ja Etä-LAKU-aineistojen keskinäiset vertailut puolestaan osoittivat, että Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneet huoltajat arvioivat lastensa itsetunnon keskimäärin paremmaksi kuin LAKU-kuntoutukseen osallistuneet huoltajat ($p = 0,009$). Myös Etä-LAKU-aineiston huoltajien kokonaisarvio (geneerinen Kid-KINDL-R) lastensa elämänlaadusta oli keskimäärin myönteisempi kuin LAKU-aineiston huoltajien ($p = 0,011$).

Taulukko 6. Huoltajien arviot lasten elämänlaadusta perhekuntoutuksen alkaessa ja päättyessä.

	LAKU-perhekuntoutus			Etä-LAKU-perhekuntoutus		
	Alku	Loppu	P	Alku	Loppu	P
Fyysinen terveys	71,8 (68,3–75,3)	72,6 (68,9–76,2)	0,585	71,5 (66,0–77,1)	73,2 (67,6–78,8)	0,410
Psyykkinen hyvinvointi	68,6 (65,5–71,7)	69,1 (65,8–72,3)	0,724	70,1 (65,6–74,5)	71,5 (66,9–76,0)	0,280
Itsetunto	61,8 (58,9–64,6)	62,1 (59,1–65,0)	0,772	64,8 (60,9–68,7)	64,5 (60,6–68,5)	0,802
Perhesuhteet	62,7 (59,9–65,5)	63,6 (60,6–66,5)	0,468	65,1 (60,5–69,7)	71,1 (66,4–75,7)	< 0,001
Kaverisuhteet	65,5 (62,9–68,0)	66,5 (63,8–69,2)	0,406	68,2 (65,1–71,2)	68,8 (65,7–71,9)	0,685
Koulunkäynti	73,4 (70,5–76,4)	71,1 (68,1–74,2)	0,050	76,5 (71,8–81,2)	74,3 (69,5–79,1)	0,116
Kid-KINDL-R	67,4 (65,2–69,5)	67,5 (65,3–69,8)	0,811	70,0 (66,4–72,9)	70,8 (67,5–74,1)	0,265

LAKU-aineistossa oli mukana 110 perhettä (Etä-LAKU 68 perhettä). LAKU-aineiston alkukyselyyn vastasi 103 äitiä ja 78 isää (Etä-LAKU 62 äitiä ja 53 isää). LAKU-aineiston loppukyselyyn vastasi 84 äitiä ja 61 isää (Etä-LAKU 58 äitiä ja 44 isää).

Aika on huomioitu mallissa kiinteänä tekijänä ja toistomittauksena. Huoltaja-aineiston havaintojen keskinäinen riippuvuus on kontrolloitu (ylemmän tason tekijä = perhe). Lisäksi mallissa on kontrolloitu vastaaja (äiti tai isä), lapsen sukupuoli ja lapsen ikä. Taulukossa on esitetty keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit.

Kid-KINDL-mittari, Asteikko 0–100:

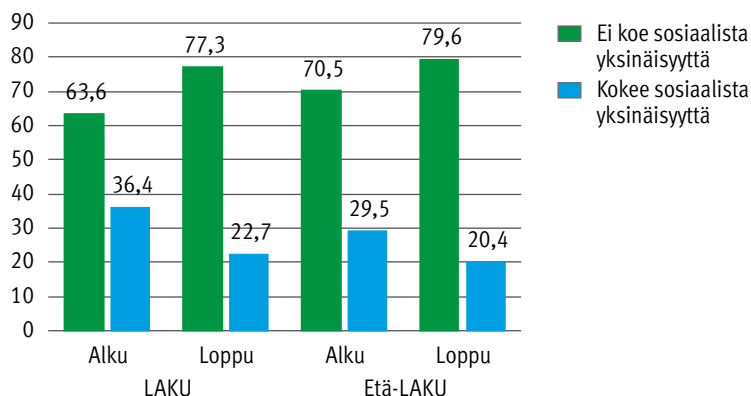
0 = heikoin mahdollinen elämänlaatu – 100 = paras mahdollinen elämänlaatu

Kid-KINDL-R on kaikki kuusi osa-aluetta sisältävä summamuuttuja.

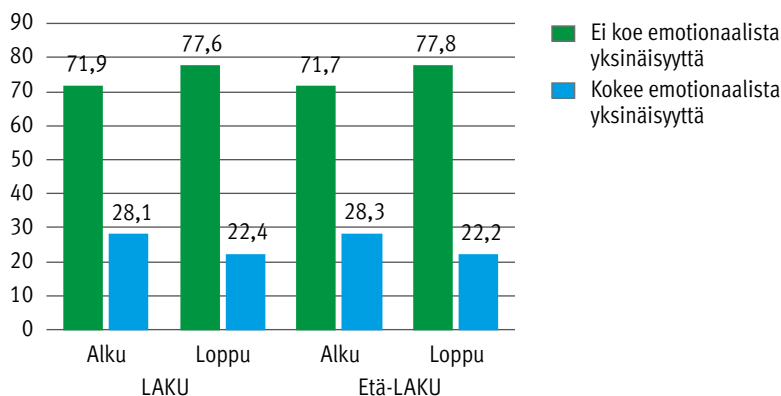
5.1.3 Lapsen sosiaalinen ja emotionaalinen yksinäisyys

Lasten yksinäisyyden kokemukset on havainnollistettu kuvioissa 3 ja 4 (s. 37). Yksiulotteisen jakaumatarkastelun perusteella LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuvien lasten yksinäisyyden kokemukset vähentyivät. Esimerkiksi LAKU-aineiston lapsista 36,4 % ilmaisi kuntoutuksen alkaessa kokevansa sosiaalista yksinäisyyttä (Etä-LAKU 29,5 %). Kuntoutuksen päättyessä vastaavat osuudet olivat 22,7 % ja 20,4 %. Ristiintaulukoinnin perusteella myönteinen muutos ei kuitenkaan osoittautunut tilastollisesti merkitseväksi LAKU- ja Etä-LAKU-aineistojen sisällä. Sen sijaan yhdistetyn lapsiaineiston jatkoanalyysissä havaittiin, että lasten kokema sosiaalinen yksinäisyys oli vähentynyt lähtötilanteesta. Muutos oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p = 0,028$). Emotionaalisen yksinäisyyden kohdalla muutos ei osoittautunut tilastollisesti merkitseväksi yhdistetyssä lapsiaineistossa (tietoja ei esitetä kuvioissa).

Kuvio 3. Sosiaalista yksinäisyyttä kokeneiden lasten suhteelliset osuudet (%) perhekuntoutuksen alkaessa ja päättyessä (PNDL-mittari).



Kuvio 4. Emotionaalista yksinäisyyttä kokeneiden lasten suhteelliset osuudet (%) perhekuntoutuksen alkaessa ja päättyessä (PNDL-mittari).



5.1.4 Huoltajien pystyvyyden tunne ja vanhemmuuteen liittyvä stressi

Analyysien perusteella huoltajien pystyvyyden tunne ei vahvistunut (taulukko 7, s. 38). Sen sijaan vanhemmuuteen liittyvä stressi väheni. Tämä tarkoitti esimerkiksi sitä, että huoltajat kokivat vähemmän syyllisyyden tunnetta ja huolta omasta jaksamisestaan kuntoutuksen päättyessä ($p < 0,001$). Luottamusvälitarkastelujen perusteella muutos oli voimakas etenkin Etä-LAKU-aineistossa.

Jatkoanalyysien perusteella LAKU-aineiston äidit arvioivat pystyvyyden tunteensa keskimäärin heikommaksi ($p = 0,016$) ja vanhemmuuteen liittyvän stressinsä voimakkaammaksi ($p < 0,001$) kuin LAKU-aineiston isät (ei taulukoitu). Myös Etä-LAKU-aineistossa äitien kokema vanhemmuuden stressi oli keskimäärin voimakkaampaa kuin isien ($p = 0,006$).

Taulukko 7. Huoltajien pystyvyyden tunne ja vanhemmuuden stressi perhekuntoutuksen alkaessa ja päättyessä.

	LAKU-perhekuntoutus			Etä-LAKU-perhekuntoutus		
	Alku	Loppu	P	Alku	Loppu	P
Pystyvyyden tunne	64,9 (63,0–66,7)	65,5 (63,6–67,3)	0,469	66,4 (64,0–68,8)	67,2 (64,7–69,7)	0,383
Vanhemmuuden stressi	65,3 (62,4–68,1)	70,2 (67,2–73,2)	< 0,001	67,3 (63,6–71,0)	74,6 (71,1–78,1)	< 0,001

LAKU-aineistossa oli mukana 110 perhettä (Etä-LAKU 68 perhettä). LAKU-aineiston alkukyselyyn vastasi 103 äitiä ja 78 isää (Etä-LAKU 62 äitiä ja 53 isää). LAKU-aineiston loppukyselyyn vastasi 84 äitiä ja 61 isää (Etä-LAKU 58 äitiä ja 44 isää).

Aika on huomioitu mallissa kiinteänä tekijänä ja toistomittauksena. Huoltaja-aineiston havaintojen keskinäinen riippuvuus on kontrolloitu (ylemmän tason tekijä = perhe). Taulukossa on esitetty keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit.

Pystyvyyden tunne (PSE-mittari), Asteikko 0–100:

0 = heikko pystyvyyden tunne – 100 = vahva pystyvyyden tunne

Vanhemmuuden stressi, Asteikko 0–100:

0 = voimakas stressi – 100 = ei vanhemmuuteen liittyvää stressiä.

5.1.5 Huoltajien psyykkinen kuormittuneisuus ja ahdistuneisuus

Keskiarvovertailujen perusteella LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden huoltajien psyykkinen kuormittuneisuus ei vähentynyt (MHI-5-mittari, 0–100). Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden huoltajien psyykkinen kuormittuneisuus sen sijaan vähentyi ($p = 0,008$). MHI-5-mittarin pohjalta muodostettujen luokiteltujen muutustujen analyysit puolestaan osoittivat, että monilla huoltajilla esiintyi psyykkistä kuormittuneisuutta myös perhekuntoutuksen päättyessä. Esimerkiksi 60 pisteen katkaisukohdan perusteella ($MHI-5 \leq 60$ pistettä) noin joka viidennellä tutkimukseen osallistuneista huoltajista oli viitteitä merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta myös kuntoutuksen päättyessä (taulukko 8, s. 39).

Jatkoanalyysien perusteella äitien psyykkinen kuormittuneisuus (MHI-5, 0–100) osoittautui keskimäärin voimakkaammaksi kuin isien psyykkinen kuormittuneisuus LAKU-aineistossa ($p = 0,002$). Etä-LAKU-aineistossa äitien ja isien psyykkisen kuormittuneisuuden keskiarvot eivät eronneet toisistaan.

Huoltajien ahdistuneisuutta kuvaavat jakaumat on esitetty kuviossa 5 (s. 39). Tulosten perusteella huoltajien ahdistuneisuus ei ollut vähentynyt ($p > 0,05$). Tulostemme perusteella 25,7 % LAKU-tutkimukseen osallistuneista huoltajista ja 29,4 % Etä-LAKU-tutkimukseen osallistuneista huoltajista toi esille ahdistuneisuutta myös hoidon päättyessä. Jakaumavertailut osoittivat, että subjektiivinen ahdistuneisuus kuntoutuksen päättyessä oli yleisempää LAKU-tutkimukseen osallistuneilla äideillä (39,8 %) kuin isillä (6,6 %; $p < 0,001$). Myös Etä-LAKU-aineiston äitien ahdistuneisuus (37,9 %) kuntoutuksen päättyessä oli yleisempää kuin aineiston isillä (18,2 %; $p = 0,030$).

Taulukko 8. Huoltajien psyykkinen kuormittuneisuus perhekuntoutuksen alkaessa ja päättyessä.

	LAKU-perhekuntoutus			Etä-LAKU-perhekuntoutus		
	Alku	Loppu	P	Alku	Loppu	P
MHI-5 (0–100) ^a	71,0 (68,6–73,4)	71,4 (68,8–74,1)	0,717	70,0 (66,5–73,1)	74,0 (70,5–77,5)	0,008
MHI-5-52 ^b	13,0 %	12,3 %	0,832	17,5 %	14,7 %	0,804
MHI-5-60 ^b	24,3 %	20,5 %	0,618	32,5 %	22,5 %	0,078
MHI-5-68 ^b	41,8 %	37,7 %	0,349	41,2 %	33,3 %	0,248

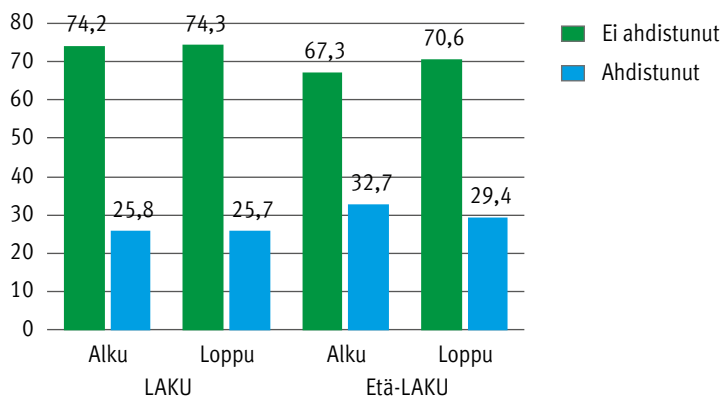
LAKU-aineistossa oli mukana 110 perhettä (Etä-LAKU 68 perhettä). LAKU-aineiston alkukyselyyn vastasi 103 äitiä ja 78 isää (Etä-LAKU 62 äitiä ja 53 isää). LAKU-aineiston loppukyselyyn vastasi 84 äitiä ja 61 isää (Etä-LAKU 58 äitiä ja 44 isää).

^a Aika on huomioitu mallissa kiinteänä tekijänä ja toistomittauksena. Huoltaja-aineiston havaintojen keskinäinen riippuvuus on kontrolloitu (ylemmän tason tekijä = perhe). Taulukossa on esitetty keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit.

MHI-5-mittari, Asteikko 0–100:

0 = voimakkain mahdollinen psyykkinen kuormittuneisuus – 100 = ei psyykkistä kuormittuneisuutta

^b Psyykkisesti kuormittuneiden suhteelliset osuudet (%) kolmen yleisimmän katkaisukohtan perusteella (≤ 52 pistettä; ≤ 60 pistettä; ≤ 68 pistettä). Tilastollinen merkitsevyys on laskettu McNemarin testillä.

Kuvio 5. Ahdistuneisuutta kokeneiden huoltajien suhteelliset osuudet (%) perhekuntoutuksen alkaessa ja päättyessä.

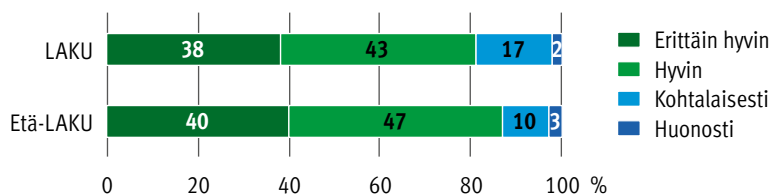
5.2 Monimuotoisen perhekuntoutuksen soveltuvuus ja hyväksyttävyys

5.2.1 Lasten arviot ja vastaukset

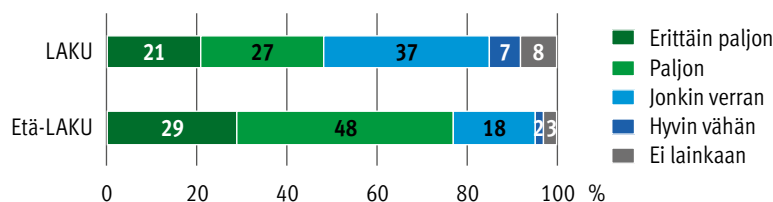
Lasten arviot toteutuksesta. Kuvioissa 6–8 (s. 40) on tarkasteltu lasten arvioita perhekuntoutuksen toteutuksesta. Valtaosa LAKU- ja Etä-LAKU-tutkimukseen osallistuneista lapsista oli sitä mieltä, että heidän toiveensa oli otettu vähintäänkin hyvin huomioon perhekuntoutuksen aikana.

Noin puolet LAKU-aineiston lapsista (48 %) ja 77 % Etä-LAKU-aineiston lapsista koki kotikäynneistä olleen hyötyä heille itselleen ja perheelleen ($p < 0,05$).

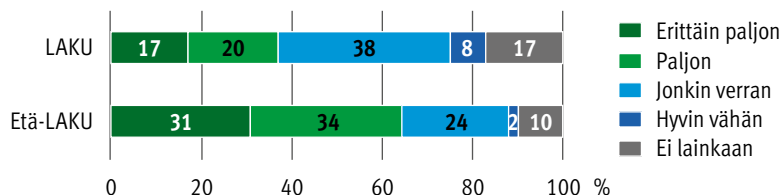
Kuvio 6. Lasten arvio heidän toiveidensa huomioon ottamisesta kuntoutuksen aikana, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 75, Etä-LAKU n = 62).



Kuvio 7. Lasten arvio kotikäyntien hyödyistä, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 75, Etä-LAKU n = 62).



Kuvio 8. Lasten arvio päiväkodin tai koulun arkeen suuntautuneiden käyntien hyödyistä, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 75, Etä-LAKU n = 62).



Päiväkodin ja koulun arkeen suuntautuviin kuntoutuskäynteihin suhtauduttiin hieman kielteisemmin kuin kotikäynteihin. Noin joka kolmas LAKU-kuntoutuksen osallistuneista lapsista (33 %) koki niistä olleen vähintäänkin paljon hyötyä, ja Etä-LAKU-aineistossa vastaava osuus oli 63 % ($p < 0,05$).

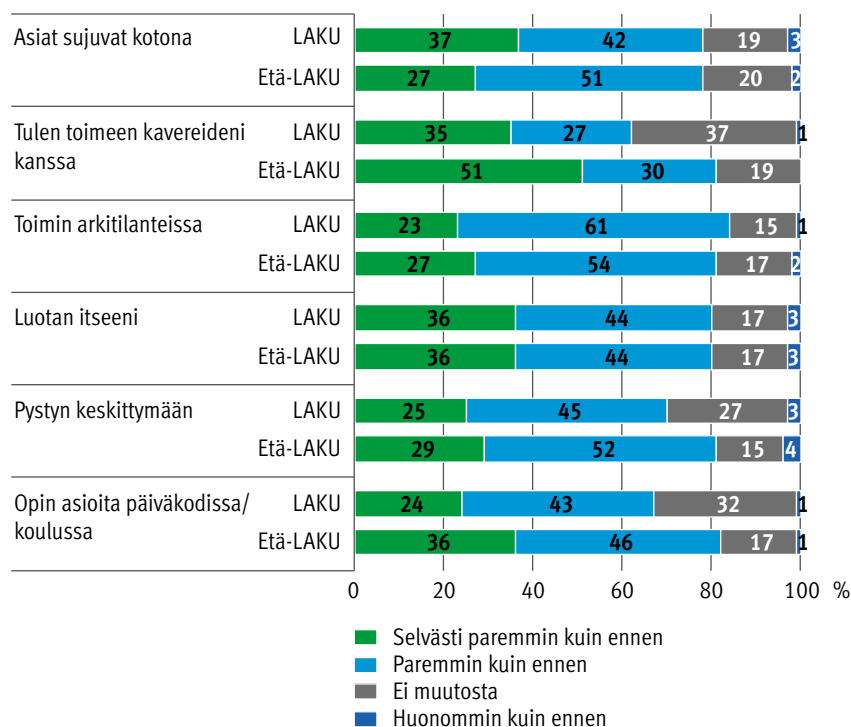
Lasten arviot perhekuntoutuksen kestosta. Reilu puolet LAKU-kuntoutuksen (58 %) tutkimukseen osallistuneista lapsista koki, että perhekuntoutuksen kesto oli ollut sopivan mittainen (Etä-LAKU 67 %). Noin joka viides vastaaja (LAKU 19 %, Etä-LAKU 22 %) puolestaan koki kuntoutuksen olleen kestoltaan liian lyhyt. Vastaavasti noin joka neljäs LAKU-kuntoutuksen osallistuneista lapsista (24 %) ja noin joka kymmenes Etä-LAKU-kuntoutuksen osallistuneista (12 %) koki kuntoutuksen olleen kestoltaan liian pitkän. Aineistojen jakaumat eivät poikenneet toisistaan ($p = 0,275$).

Enemmistö lapsista (LAKU 67 %, Etä-LAKU 72 %) oli sitä mieltä, että kuntoutuksen sisältäneitä käyntikertoja oli ollut sopiva määrä. Noin joka kuudes LAKU- ja

joka viides Etä-LAKU-aineiston lapsista koki tapaamisia olleen sen sijaan liian vähän. Toisaalta 18 % LAKU- ja 7 % Etä-LAKU-aineiston lapsista koki tapaamisia olleen liikaa. Jakaumat eivät poikenneet toisistaan ($p = 0,101$).

Lasten arviot perhekuntoutuksen hyödyistä ja haitoista. Lasten itsearvioinnit perhekuntoutuksen hyödyistä on esitetty kuviossa 9. Iso osa LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutuksen tutkimukseen osallistuneista lapsista koki, että heidän tilanteensa oli muuttunut myönteiseen suuntaan perhekuntoutuksen myötä. Esimerkiksi noin neljä viidestä vastaajasta koki, että asiat sujuivat aiempaa paremmin kotona ja että heidän itseluottamuksensa oli vahvistunut. Kuviossa esitetyt jakaumat eivät poikenneet toisistaan ($p > 0,05$).

Kuvio 9. Lasten itsearvioinnit perhekuntoutuksen hyödyistä, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU $n = 74$, Etä-LAKU $n = 59$).



Lapsia pyydettiin arvioimaan myös sitä, oliko perhekuntoutuksesta ollut hyötyä heidän vanhemmilleen. Noin 75 % LAKU-tutkimukseen ja 80 % Etä-LAKU-tutkimukseen osallistuneista lapsista oli sitä mieltä, että kuntoutuksesta oli ollut apua myös heidän vanhemmilleen. Loput vastanneista eivät havainneet muutosta.

Lasten avovastaukset hyödyistä ja haitoista. Kuntoutuksen päättymisen yhteydessä täytettävän kyselylomakkeen lopussa lapsille oli esitetty avoimet kysymykset, joissa

he saivat halutessaan tarkentaa perhekuntoutuksen hyötyjä ja haittoja. Hyötyjä koskevista yksittäisistä vastauksista muodostettiin luokkia tukkimiehen kirjanpitoa hyödyntäen. Kuntoutuksen aiheuttama mielipaha ja mahdolliset haitat on esitetty ilman luokittelua (taulukko 9).

Taulukko 9. Lasten avoimissa kysymyksissä esille tuomat perhekuntoutuksen hyödyt.

	Mainintojen lukumäärä
	Hyödyt
Toteutus	
Perheviikonloput	12
Yhteiset leikit ja pelit	5
Asioista puhuminen ja keskustelut	6
Kuvallisten toimintaohjeiden hyödyntäminen	1
Kuntoutus kokonaisuudessaan	3
Muutos	
Myönteinen muutos perheessä	9
Kaverisuhteet ja uudet kaverit	5
Itsehillinnän vahvistuminen	7
Keskittymiskyvyn vahvistuminen	7
Koulunkäynti sujuu paremmin	3
Luottamuksellinen hoitosuhde	
Kokemus kuulluksi tulemisesta	2
Haitat	
Ei haittaa	53
Kielteinen vaikutus vapaa-aikaan	6
Liian vähän kuntoutusviikonloppuja	4

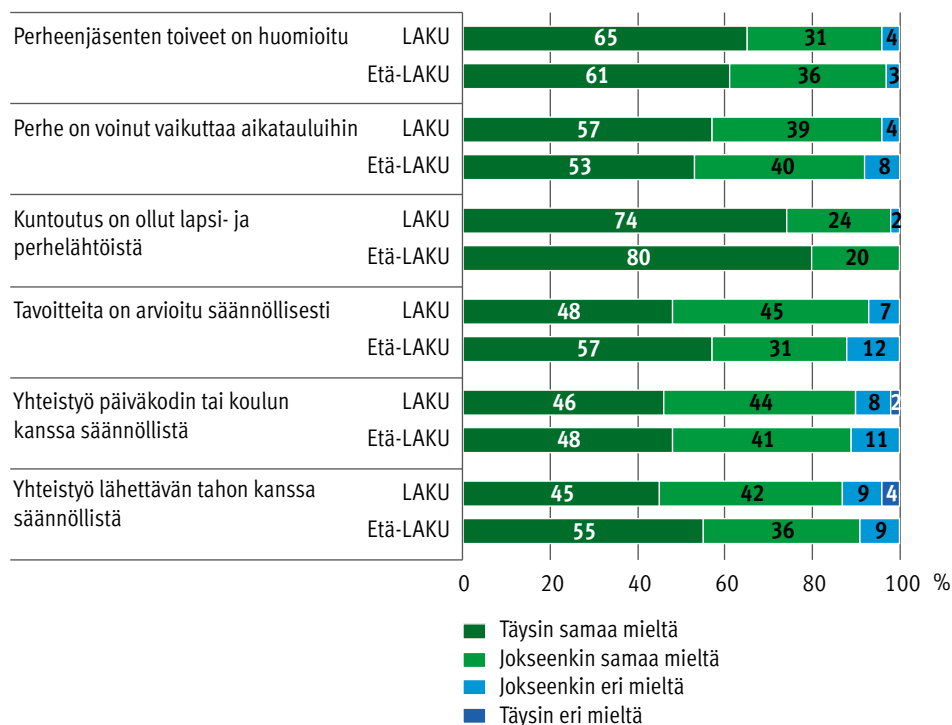
Kuntoutuksen hyödyistä lapset toivat esille ensinnäkin varsinaiseen toteutukseen liittyviä tekijöitä. Muun muassa kuntoutusviikonloput korostuivat avoimiin kysymyksiin vastanneiden lasten vastauksissa, kuten myös erilaiset yhteiset leikit ja pelit eli toiminnallisuuteen viittaavat tekijät. Toiseksi avoimiin kysymyksiin vastanneet lapset toivat esille merkittäviksi kokemiaan muutoksia. Lapset paikansivat myönteisen muutoksen joko perhesuhteisiin, itseensä tai koulunkäyntiin. Myönteinen muutos näkyi lasten avovastausten perusteella esimerkiksi siten, että riidat kotona olivat vähentyneet tai että lapsi koki saaneensa kotonaan aiempaa enemmän myönteistä palautetta. Erään lapsen mielestä isä ei enää huutanut, kuten hänellä oli joskus ollut tapana. Avovastauksissa lapset toivat esille myös sen, että he olivat oppineet hillitsemään ja käsittelemään kiukkuaan. Monet avoimiin kysymyksiin vastanneet lapset toivat esille, ettei kuntoutuksesta ollut koitunut heille haittaa tai mielipahaa. Joidenkin mielestä kuntoutustapaamiset saattoivat kuitenkin osua päällekkäin harrastusten

tai suunniteltujen kaveritapaamisten kanssa. Jotkut lapset toivat avovastauksissaan myös esille, että he olisivat kaivanneet enemmän kuntoutusviikonloppuja.

5.2.2 Huoltajien arviot ja vastaukset

Huoltajien arviot toteutuksesta. Käyttäjäkokemukset osoittautuivat huoltaja-aineistossa vahvaksi. Noin 90–95 % huoltajista koki, että heidän toiveensa otettiin huomioon toteutuksessa ja että heidän oli mahdollista vaikuttaa myös toteutusaikatauluihin. Toisaalta noin 10 % huoltajista olisi kaivannut esimerkiksi säännöllisempää kuntoutustavoitteiden tarkastelua. Vastaava osuus vastaajista ei ollut myöskään täysin tyytyväinen toteutuneeseen verkostoyhteistyöhön päiväkodin, koulun ja lähettävän tahon kanssa. Kuviossa 10 esitetyt jakaumat eivät poikenneet toisistaan.

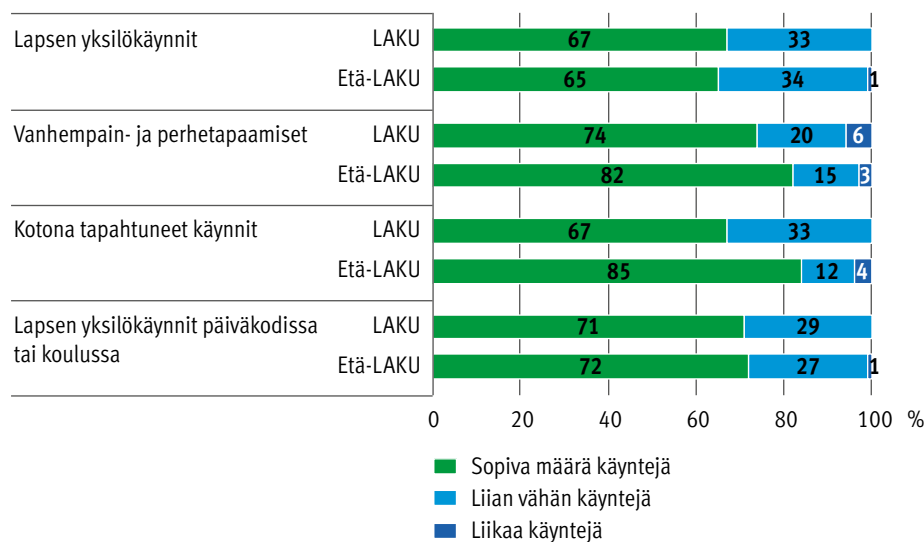
Kuvio 10. Huoltajien arvio toteutuksesta, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 141–144, Etä-LAKU n = 102).



Huoltajien arviot perhekuntoutuksen kestosta ja käyntimääristä. Noin kaksi kolmesta vastaajasta arvioi kuntoutuksen olleen kestoltaan sopivan mittainen (LAKU-aineisto 64 %, Etä-LAKU-aineisto 69 %). Noin joka kolmas vastaaja taas koki kuntoutuksen olleen liian lyhyt lapsensa ja perheensä tilanteeseen. Kuviossa 11 (s. 44) on esitetty seikkaperäisemmin huoltajien arviot käyntikertojen määristä. Esimerkiksi noin joka kolmas tutkimukseen osallistunut huoltaja koki lapsen yksilötapaamisia

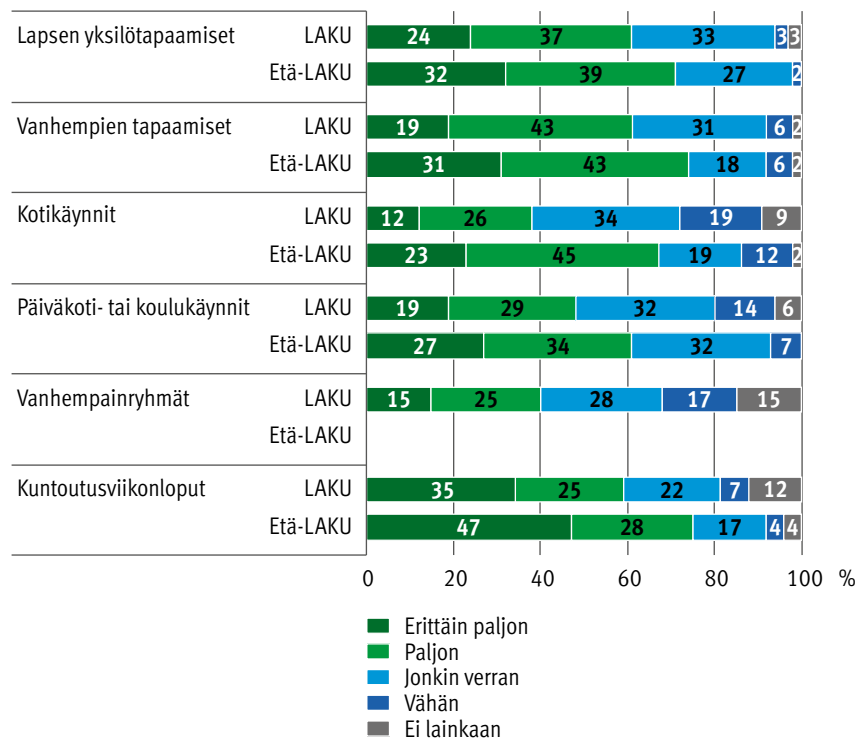
olleen liian vähän ja olisi kaivannut myös enemmän lapsen päiväkodin tai koulun arkeen suuntautuneita käyntejä. Jakaumavertailut osoittivat, että Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneet huoltajat olivat tyytyväisempiä kodin arjessa tapahtuvien käyntien määrään kuin LAKU-kuntoutukseen osallistuneet huoltajat. Jakaumat poikkesivat tältä osin toisistaan ($p < 0,001$).

Kuvio 11. Huoltajien arvio käyntikertojen määristä, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU $n = 141-144$, Etä-LAKU $n = 102$).



Huoltajien arviot kuntoutuksen toteutustavoista. Seuraavaksi kuviossa 12 (s. 45) on esitetty huoltajien arviot siitä, missä määrin he kokivat hyötynensä kuntoutuksen eri toteutustavoista. Esimerkiksi 61 % LAKU-aineiston huoltajista koki saaneensa lapsen yksilötapaamisista vähintäänkin paljon apua lapsensa ja perheensä tilanteeseen (Etä-LAKU, 71 %). Etä-LAKU-aineiston huoltajat vaikuttivat olevan tyytyväisempiä arkeen suuntautuneiden käyntien sisältöön. Jakaumavertailut osoittivat, että LAKU- ja Etä-LAKU-aineistojen jakaumat poikkesivatkin toisistaan kotikäyntejä ($p < 0,001$) ja lapsen päiväkodissa tai koulussa ($p = 0,034$) tapahtuvia käyntejä koskevien näkemysten kohdalla. Kuntoutusviikonloppujen osalta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,071$).

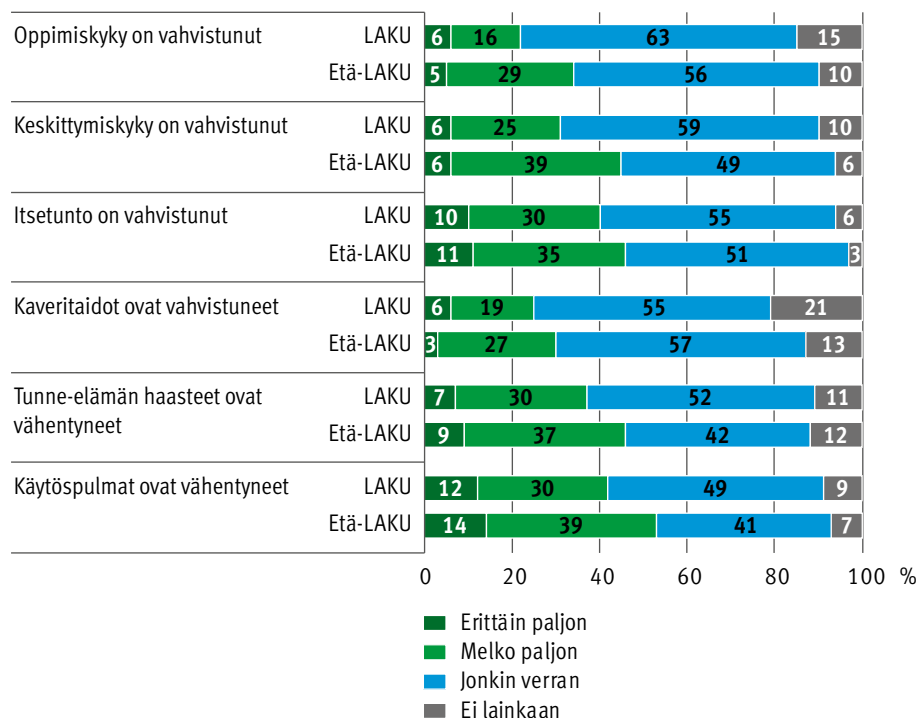
Kuvio 12. Huoltajien arvio perhekuntoutuksen toteutustapojen vaikutuksesta lapsen ja perheen hyvinvointiin, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 133–144, Etä-LAKU n = 102^a).



^a Etä-LAKU-kuntoutus ei sisältänyt erillisiä vanhempainryhmiä.

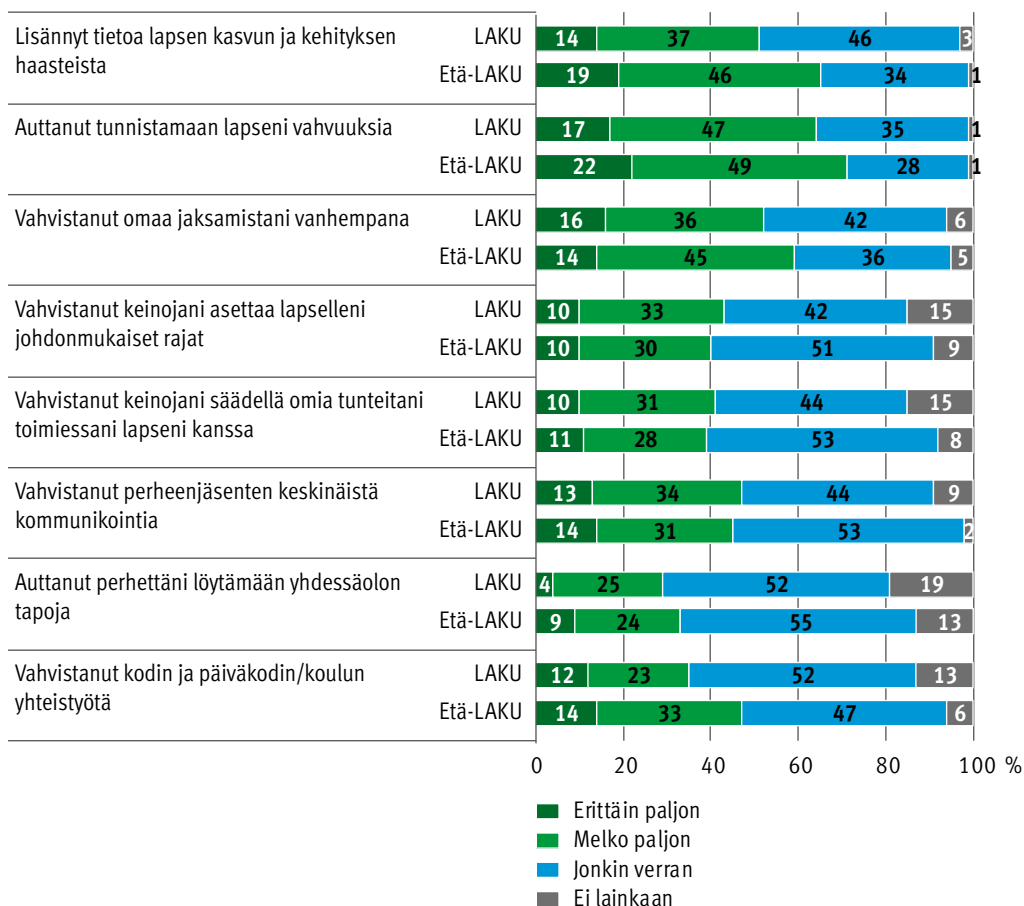
Huoltajien arviot perhekuntoutuksen hyödyistä ja haitoista. Kuviossa 13 (s. 46) on havainnollistettu huoltajien arviot perhekuntoutuksen hyödyistä lapselle. Tulosten mukaan huoltajat kokivat perhekuntoutuksen auttaneen ennen kaikkea lapsen itsetuntoon, tunne-elämän haasteisiin (esim. alakuloisuus) ja käytöspulmiin liittyvissä kasvun ja kehityksen haasteissa. Toisaalta noin viidesosa LAKU-aineiston huoltajista oli sitä mieltä, että perhekuntoutuksesta ei ollut hyötyä esimerkiksi lapsen kaveritaitojen vahvistamisessa (Etä-LAKU 13 %). LAKU- ja Etä-LAKU-aineistojen jakaumat eivät poikenneet toisistaan.

Kuvio 13. Huoltajien arvio perhekuntoutuksen hyödyistä lapsen tukemisessa, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 143–146, Etä-LAKU n = 102).



Kuviossa 14 (s. 47) on puolestaan havainnollistettu huoltajien arviot perhekuntoutuksen hyödyistä vanhemmuutta ja perhe-elämää ajatellen. Tulosten mukaan huoltajat kokivat saaneensa ennen kaikkea tiedollista tukea ja oppineensa tunnistamaan paremmin lapsensa vahvuuksia ja voimavaroja. Toisaalta esimerkiksi noin joka viides LAKU-aineiston huoltajista ja 13 % Etä-LAKU-aineiston huoltajista olisi kenties kaivannut enemmän tukea perheen yhdessäolon vahvistamiseksi. Jatkoanalyysit osoittivat, etteivät LAKU- ja Etä-LAKU-aineistojen jakaumat poikenneet toisistaan.

Kuvio 14. Huoltajien arviot perhekuntoutuksen hyödyistä vanhemmuuden ja perhe-elämän tukemisessa, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 144–146, Etä-LAKU n = 102).



Huoltajien avovastaukset hyödyistä ja haitoista. Kuntoutuksen päättymisen yhteydessä myös huoltajien kyselylomakkeen lopussa oli esitetty avoimet kysymykset, joissa he saivat halutessaan tarkentaa perhekuntoutuksen hyötyjä ja haittoja. Lisäksi huoltajilta tiedusteltiin kuntoutuksen mahdollisia puutteita ja sitä, mikä oli huoltajien mielestä perhekuntoutuksen erityinen lisäarvo heidän aiemmin mahdollisesti saamiinsa lapsiperhepalveluihin verrattaessa. Yksittäisistä vastauksista muodostettiin jälleen luokkia sisällön analyysia ja tukkimiehen kirjanpitoa hyödyntäen.

Kuntoutuksen hyötyjä arvioidessaan huoltajat toivat esille yhtäältä koetun muutoksen perheen arjessa ja toisaalta perhekuntoutuksen toteutuksen myönteisen muutoksen mahdollistajana (taulukko 10, s. 48). Jotkut huoltajat mainitsivat, että heidän lapsensa oli oppinut löytämään uusia keinoja tunteiden säätelyyn. Osa puolestaan korosti ensisijaisesti sitä, että he olivat oppineet itse suhtautumaan lapseensa uudella

tavalla, mikä näkyi myönteisenä muutoksena arjessa. Avovastauksissa tuotiin esille myös kuntoutuksen myötä opittuja konkreettisia toimintamalleja. Jotkut vastaajat toivat puolestaan esille sen, että luottamuksellinen hoitosuhde ja työntekijöiden myönteinen suhtautuminen perheen asioihin oli vaikuttanut merkittäväällä tavalla huoltajan minäkuvaan. Esimerkiksi eräs vastaaja koki, että hänen ei tarvinnut tapaamisissa hävetä tai puolustella tunteitaan. Perhekäyntien ohella avovastauksissa tuli esille myös vertaistuen merkitys.

Taulukko 10. Huoltajien avoimet vastaukset perhekuntoutuksen hyödyistä.

	Mainintojen lukumäärä	
	LAKU-aineisto	Etä-LAKU-aineisto
Koettu muutos		
Lapsi	9	2
Vanhemmuus	16	9
Perheen arki	12	5
Perhekuntoutuksen toteutus		
Lapsen ja vanhempien tapaamiset	7	14
Vertaistuki	11	13
Käytetyt menetelmät	7	2
Luottamuksellinen hoitosuhde		
Hyväksyntä ja kuulluksi tuleminen	12	7

Moni avoimiin kysymyksiin vastannut huoltaja oli sitä mieltä, että perhekuntoutus ei ollut aiheuttanut haittaa (taulukko 11, s. 49). Nimetyt haitat koskivat kulkemiseen ja aikataulujen yhteensovittamiseen liittyviä haasteita. LAKU-aineiston huoltajien avovastauksissa tuotiin esille esimerkiksi se, että vajaan tunnin mittaisen tapaamisen järjestäminen palveluntuottajan tiloissa vie käytännössä useamman tunnin, kun siihen lisätään matkustukseen kuluva aika. Etä-LAKU-aineistossa vastaavaa ei tullut ilmi, mikä selittynee sillä, että työntekijät jalkautuivat perheiden arkeen. Toisaalta yhteisten tapaamisaikojen löytämisen haasteet mainittiin sekä LAKU- että Etä-LAKU-aineistojen avovastauksissa. Huoltajien mukaan tämä korostui etenkin niiden tapaamisten kohdalla, jotka sijoittuivat keskelle työpäivää.

Avovastausten perusteella moni huoltaja oli sitä mieltä, ettei kuntoutuksessa ilmennyt merkittäviä puutteita (taulukko 12, s. 49). Jotkut huoltajat olisivat kuitenkin kaivanneet hieman tiiviimpää tapaamistiheyttä. Etä-LAKU-aineiston huoltajien avovastauksissa toivottiin myös enemmän kuntoutusviikonloppuja, sillä viikonloput mahdollistivat vertaistuen. Huoltajat toivat esille myös tyytymättömyyttään tapaamisten sisältöön, kuten puutteellisiin menetelmiin. Avovastausten perusteella jotkut huoltajat olisivat kaivanneet enemmän konkreettisia neuvoja ja harjoitteita keskustelujen sijaan. Muutama huoltaja olisi kaivannut myös sisarusten ja sisarussuhteiden pa-

rempaa huomioimista. Lisäksi jotkut huoltajat olivat sitä mieltä, että kuntoutusviikonloppujen sisältö soveltui paremmin alakouluikäisille kuin teini-ikäisille sisaruksille.

Taulukko 11. Huoltajien avoimet vastaukset perhekuntoutuksen haitoista.

	Mainintojen lukumäärä	
	LAKU-aineisto	Etä-LAKU-aineisto
Ei haittaa	48	54
Kulkemiseen liittyvät haasteet		
Etäisyys ja ajankäyttö	3	-
Kuljetusten järjestely	7	-
Aikataulujen yhteensovittaminen		
Yhteisen ajan löytäminen	7	5
Työstä poissaolot	4	3

Taulukko 12. Huoltajien avoimet vastaukset perhekuntoutuksen puutteista.

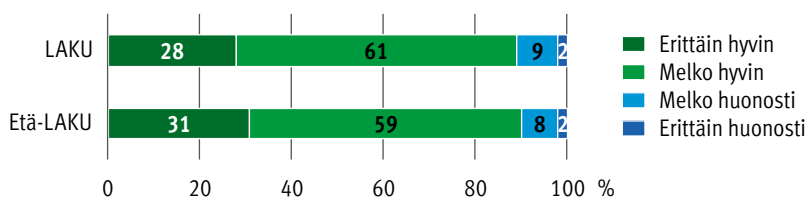
	Mainintojen lukumäärä	
	LAKU-aineisto	Etä-LAKU-aineisto
Ei puutteita	39	38
Tapaamisten määrä ja intensiteetti		
Enemmän tai tasaisemmin	6	1
Lapsen yksilötapaamisia lisää	3	4
Kuntoutusviikonloppuja enemmän	-	6
Tapaamisten sisältö		
Puutteelliset menetelmät	7	6
Sisarussuhteet jäivät huomiotta	2	-
Vertaistuen puute	2	6

Perhekuntoutuksen lisäarvoa pohtiessaan huoltajat korostivat toteutuksen perhelähtöisyyttä. Avovastausten perusteella merkittävä ero esimerkiksi aikaisempiin hoitokokemuksiin oli se, että perhekuntoutuksessa huomioitiin kaikki perheenjäsenet (taulukko 13, s. 50). Etä-LAKU-aineiston huoltajien avovastauksissa korostui myös se, että työntekijät osallistuivat perheen arkeen, mikä helpotti osallistumista huomattavasti. Toinen merkittävä teema avovastauksissa oli tapaamisten sisältö. Huoltajat korostivat esimerkiksi kuntoutuksen ratkaisukeskeisyyttä. Vastausten perusteella tämä tarkoitti sitä, että kuntoutuksessa pyrittiin löytämään yhdessä keinoja, joiden avulla perheen arki muuttuu myönteiseen suuntaan. Monipuolisen sisällön ohella huoltajat korostivat avovastauksissaan työntekijöiden pysyvyyden tärkeyttä. Tuttujen henkilöiden vastatessa sekä lapsen että vanhempien tapaamisista, työntekijöiden ja huoltajien välille muodostui lämmin ja luottamuksellinen yhteistyösuhde.

Taulukko 13. Huoltajien avoimet vastaukset perhekuntoutuksen tuomasta lisäarvosta.

	Mainintojen lukumäärä	
	LAKU-aineisto	Etä-LAKU-aineisto
Perhelähtöisyys		
Koko perhe osallistuu	19	11
Kuntoutus tapahtuu arjessa	1	19
Päiväkodin ja koulun huomioiminen	4	5
Tapaamisten sisältö		
Ratkaisukeskeisyys	12	10
Intensiivisyys ja monipuolisuus	13	14
Työntekijät ja hoitosuhde		
Pysyvyys ja jatkuvuus	11	6
Ei aikaisempaa kokemusta hoito- tai kuntoutuspalveluista	18	9

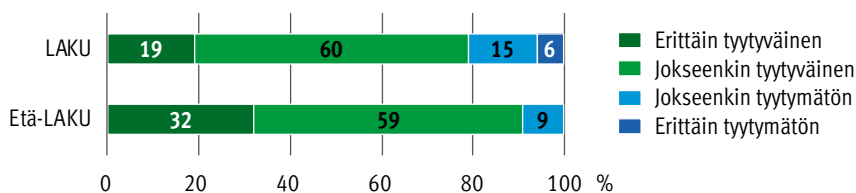
Huoltajien arviot jatkohoidon suunnittelusta. Huoltajilta tiedusteltiin myös heidän näkemyksiään mahdollisen jatkohoidon koordinoinnista (kuvio 15). Useimmat tutkimukseen osallistuneista huoltajista oli sitä mieltä, että heidän perheensä mahdollinen jatkotuen tarve oli suunniteltu vähintäänkin melko hyvin (n. 90 % vastaajista). Toisaalta osa huoltajista (n. 10 %) olisi kaivannut parempaa ennakointia lapsen ja perheen lähitulevaisuutta silmällä pitäen.

Kuvio 15. Huoltajien arvio jatkokuntoutuksen suunnittelusta, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 137, Etä-LAKU n = 101).

5.2.3 Opettajien arviot ja vastaukset

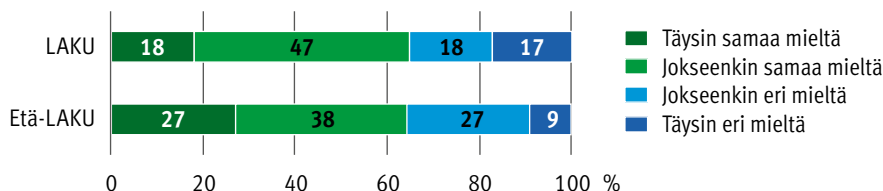
Opettaja-arviot toteutuksesta. Valtaosa opettajista oli vähintään jokseenkin tyytyväinen perhekuntoutuksen toteutukseen päiväkodin ja koulun arjessa (LAKU 79 %, Etä-LAKU 91 %). Toisaalta noin joka viides LAKU-aineiston ja joka kymmenes Etä-LAKU-aineiston opettajista osoittautui ainakin jossain määrin tyytymättömäksi perhekuntoutuksen toteutukseen varhaiskasvatuksen ja opetuksen ammattihenkilönä. Opettaja-aineistojen jakaumat eivät poikenneet toisistaan (kuvio 16, s. 51).

Kuvio 16. Opettajien yleisarvio päiväkodin ja koulun arkeen suuntautuvien käyntien toteutuksesta, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 62, Etä-LAKU n = 35).



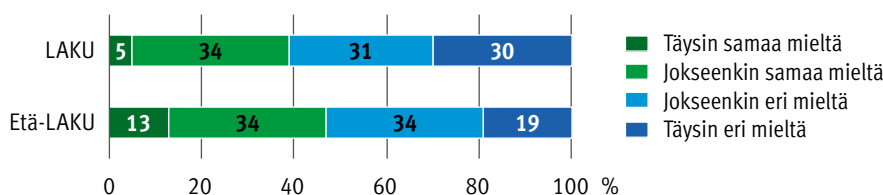
Noin kaksi kolmesta tutkimukseen osallistuneesta opettajasta koki saaneensa perhekuntoutuksen myötä konkreettisia uusia keinoja, joiden avulla voi tukea kuntoutukseen osallistunutta lasta päiväkodin tai koulun arjessa (LAKU 65 %, Etä-LAKU 65 %). Toisaalta noin joka kolmas tutkimusaineiston opettajista koki jääneensä ainakin jossain määrin vaille uusia keinoja. Aineistojen jakaumat eivät poikenneet toisistaan (kuvio 17).

Kuvio 17. Opettajien arvio kuntoutuksen tarjoamista uusista keinoista lapsen hyvinvoinnin tukemiseksi, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 60, Etä-LAKU n = 34).



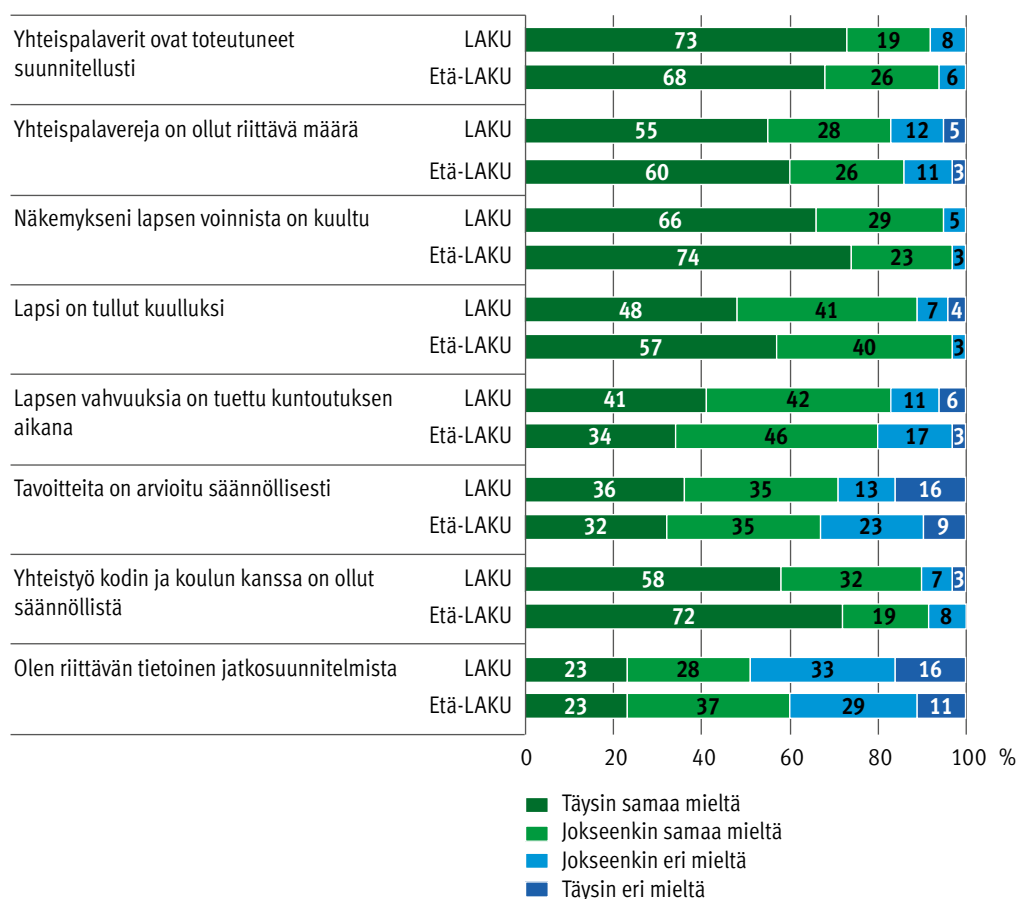
Osa LAKU- ja Etä-LAKU-tutkimukseen vastanneista opettajista koki myös, että perhekuntoutuksessa esillä olleet tuen muodot olivat sellaisia, että niistä on hyötyä myös muiden lasten toiminnanohjauksessa. Tosin huomattava osuus vastanneista ei kokenut keinoista olevan hyötyä ryhmänsä lasten tukemisessa laajemmin (kuvio 18).

Kuvio 18. Opettajien arvio kuntoutuksen tarjoamista uusista keinoista ryhmän muiden lasten hyvinvoinnin tukemiseksi, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 60, Etä-LAKU n = 34).



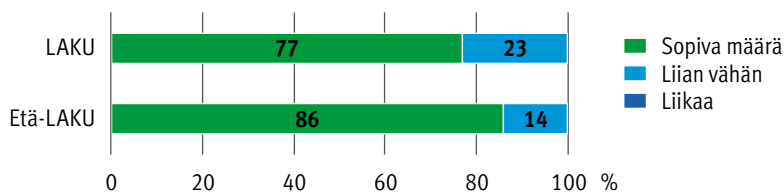
Kuviossa 19 on esitetty tarkemmin opettajien mielipiteitä kuntoutuksesta. Suurin osa opettajista oli tyytyväisiä yhteispalaverien toteutumiseen ja tapaamismääriin. Valtaosan mielestä heitä oli kuultu, ja myös lapsi oli tullut kuulluksi. Tulosten perusteella opettajat suhtautuivat hieman kriittisemmin kuntoutustavoitteiden säännölliseen arviointiin. Ja ennen kaikkea noin puolet opettajista koki, etteivät he olleet riittävän tietoisia kuntoutukseen osallistuneen lapsen jatkosuunnitelmista. Opettaja-aineistojen jakaumat eivät poikenneet toisistaan.

Kuvio 19. Opettajien arviot perhekuntoutuksen toteutuksesta päiväkotij- ja kouluympäristössä, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 53–62, Etä-LAKU n = 34–36).



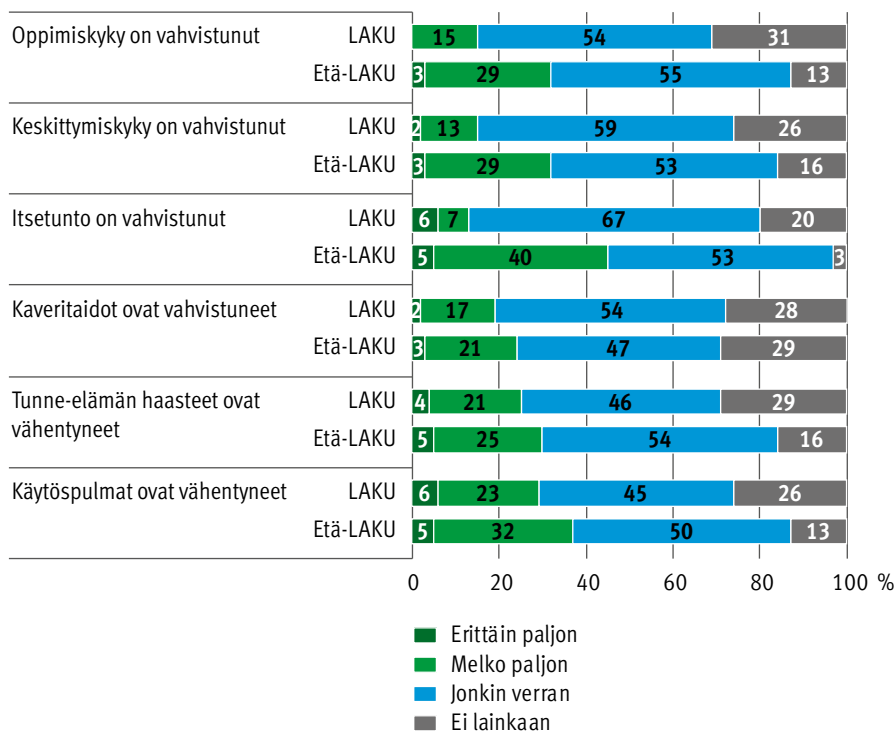
Opettajien arviot perhekuntoutuksen käyntimääristä. Tulosten mukaan enemmistö tutkimukseen vastanneista opettajista oli sitä mieltä, että käyntejä päiväkodin ja koulun arkeen oli ollut riittävä määrä (kuvio 20, s. 53). Vaikka tyytyväisten opettajien suhteellinen osuus oli hieman suurempi Etä-LAKU-aineistossa, aineistojen jakaumat eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p = 0,238$).

Kuvio 20. Opettajien arvio käyntikertojen määristä, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 62, Etä-LAKU n = 35).



Opettajien arviot perhekuntoutuksen hyödyistä. Opettajia pyydettiin arvioimaan myös erillisten asenneväittämien avulla sitä, missä määrin perhekuntoutus oli heidän mielestään auttanut lasta esimerkiksi oppimis- ja keskittymiskykyyn liittyvissä asioissa (kuvio 21). Tällä tavoin kysyttynä tutkimukseen osallistuneiden opettajien mielestä lasten hyvinvointi oli vahvistunut perhekuntoutuksen aikana vähintään jonkin verran kaikilla osa-alueilla. Jakaumavertailut osoittivat, että lapsen oppimiskyvyssä ($p < 0,05$) ja itsetunnossa ($p < 0,001$) havaittu myönteinen muutos oli yleisempää Etä-LAKU-aineistossa kuin LAKU-aineistossa.

Kuvio 21. Opettajien arviot perhekuntoutuksen hyödyistä lapselle, suhteelliset prosenttiosuudet (%) (LAKU n = 53–56, Etä-LAKU n = 37–38).



5.3 Työntekijöiden näkemyksiä perhekuntoutuksesta

5.3.1 Kuntoutukseen ohjautuminen

LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden työntekijöiden fokusryhmähaastattelujen perusteella kuntoutukseen ohjattujen lasten yleisin diagnoosi oli ADHD. Autismikirjon häiriön diagnooseista yleisin oli työntekijöiden mukaan Aspergerin oireyhtymä. Työntekijöiden mukaan kuntoutukseen ohjattujen lasten autismikirjon häiriöiden diagnosointi ei ollut yhtä selkeärajainen kuin esimerkiksi ADHD:n diagnosointi.

”Suurimmalla osalla lapsista on jonkinlainen neuropuolen häiriö, et menee ADHD:n suuntaan. Ja tuntuu, että lähes kaikissa on käytös- ja tunnepuolen pulmaakin.”

”Perhekuntoutus on [ollut] hyvin usein vilkkaitten poikien kanssa työskentelyä.”

”Et huomattavasti vähemmän on, että selkeellä Asperger-diagnoosilla on tosi, tosi vähän – Lapsille on usein asetettu määrittelemätön sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriön diagnoosi.”

Työntekijät korostivat haastatteluissa, että lapsen päädiagnoosi toki määrittelee kuntoutukseen ohjautumista. Käytännössä lapsen sosiaalisen toimintakyvyn haasteet ja perheen kokonaistilanne kuitenkin selkiytyvät vasta tutustumisen myötä varsinaisen kuntoutusprosessin aikana.

”Et se just nää liitännäisoireet on tullu oikeesti paljon enemmän näkyviin näissä, kun siinä lähtötilanteissa, siinä tietynlaisella diagnoosilla tullaan sisään, ja sitä tilannetta lähetään sillai kattelemaan. Ja sit se alkaakin näkymään, että tässä on varmasti paljon muutakin.”

Kuntoutukseen ohjatuilla lapsilla ilmenikin usein erilaisia sosiaalisen toimintakyvyn haittaan yhteydessä olevia liitännäisoireita. Haastattelujen perusteella lapsen tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmat olivat kenties merkittävin sosiaalisen toimintakyvyn haitta perhekuntoutukseen ohjatuilla lapsilla.

”Et vaikka se kuntoutukseen ohjautumisen syy on ollut vaikka puhtaasti ADHD:n ja autismin kirjon piirteitä, ja ei ole välttämättä ollut siinä lähettämisvaiheessa mitään tunne-elämän pulmia, niin kyllähän niitä sitten sieltä tulee ihan työstettäväksi asti.”

”Tunne-elämä, sehän on tullut aika paljon niihin tavoitteisiin kuitenkin. Että se on yks semmonen, mitä aika usein mainitaan ja mitä toivotaan. Siis myös perheet ja sitten lähettävät tahot toivovat siihen tunne-elämään ja kiukkuun jotakin.”

Yksi lasten liitännäisoireiden ja sosiaalisen toimintakyvyn haittojen esiintyvyyttä selittävä tekijä oli työntekijöiden mukaan kuntoutukseen ohjattujen lasten ikä. LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutukseen ohjattiin enimmäkseen kouluikäisiä lapsia, joilla saattoi olla taustalla erilaisia kielteisiä kokemuksia.

”Lapsilla monesti on haasteita ja ne saa paljon negatiivista palautetta ympäristöltä, niin se itsetunto on monesti aika heikko. Että ihan niitten positiivisten asioiden näkeminen itsessä ja omien vahvuuksien työstäminen.”

”Sitten on itsetuntoasiat, et mitkä tavallaan liittyy siihen, että kun lapsella on joku erityinen vaikeus. – – Lapsi kokee olevansa erilainen kuin muut. – – Se helposti syö itsetuntoa, kun saa aika paljon kielteistä palautetta.”

Edellä mainituista tekijöistä johtuen työntekijöiden mukaan jatkossa olisi tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että kuntoutuksen ohjattaisiin myös pienempiä lapsia.

”Mä ajattelen, koska lapset ovat enimmäkseen kouluikäisiä, että sitten niille on ehtinyt tulla näitä liitännäisoireita enemmän. – – Että ois ollut ihan kiva, että ois jo siinä vaiheessa päässyt tähän [kuntoutukseen] eri lailla. Että se voi olla ehkä osasy sitten, et on kerinnyt jo tulla sitä kaikkia muita haasteita siihen.”

Haastatellut työntekijät toivat myös esille, että kuntoutukseen ohjautumisessa tapahtui tiettyjä muutoksia kehittämishankkeen aikana. LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden työntekijöiden esille tuoma merkittävin muutos oli se, että kehittämishankkeen loppua kohden yhteistyötahona oli yhä useammin lastenpsykiatrian erikosisala.

”No, se ainakin se oma fiilis on siitä lähtötilanteesta niin, yhä enemmän on ollut tilanteita, että on ohjattu lastenpsykiatreille tunne-elämän häiriöitten takia, ja tutkimuksia sitä kautta. Ainakin tässä viimeisen kahden vuoden aikana huomannut itse, että yhä enemmän lastenpsykiatrien kanssa työskentelen kuin alussa.”

Etä-LAKU-perhekuntoutukseen osallistuneet työntekijät olivat havainneet jokseenkin päinvastaisen ilmiön kuin LAKU-kuntoutuksen työntekijät. Etä-LAKU-kuntoutuksen kehittämistoiminnan alkuvaiheessa, kun kohderyhmän täsmentyminen oli vielä hieman avoin, yhteistyö lastenpsykiatrian erikosisalan kanssa korostui.

”No, meillä varmaan se selkein muutos on semmonen, et meillähän aluksi ensimmäiset lapset tuli lastenpsykiatrian ja perheneuvoloitten kautta. Tässä vaiheessa lapsilla ilmeni kenties enemmän tunne-elämän ja käytöksen pulmia. – – Nyt sitten loppuvaiheessa on tullut hyvinkin puhtaasti neuropuolen lähetteitä.”

5.3.2 Kohderyhmän ikään liittyvät erityishuomiot

Perhekuntoutukseen ohjattujen lasten yläikärajaa oli LAKU- ja Etä-LAKU-perhekuntoutuksen kehittämistoiminnan aikana 12 vuotta. Työntekijät toivat haastatteluissa esille, että kuntoutukseen tulisi jatkossa voida ohjata myös nuoruusikäisiä kuntoutujia. Työntekijöiden mukaan moni varhaisnuori ja heidän perheensä saattaisivat hyötyä kuntoutuksesta yläasteen aloittamisen yhteydessä.

”12 vuotta on todella keinotekoinen. Mitä tapahtuu 12-vuotiaalla kouluelämässä ja elämässä ylipäättään? Ehdottomasti pitäis olla jopa 14–15-vuoteen se yläikäraja, et me saatas se yläaste menemään läpi. Tai ainakin 13, että saatas se nivelvaihe hoidettua tuonne yläasteelle.”

”Yläikärajaa vois miettiä, mut et sit siinä pitäis rakentaa vähän erilainen konsepti 12–15-vuotiaille.”

Toisaalta joidenkin työntekijöiden mielestä 12 vuotta oli varsin perusteltu ikäraja.

”Tää 13 vai 12 vuotta, siellä alkaa nuoruus. Ja siellä on taas toisenlaiset asiat, niin johonkin se ehkä pitää rajata, niin silloin se on hyvä rajata tähän, et ennen murrosikää tehtävään työhön. Niin se sit muodostaa, me jäädään just siinä kohtaa sit taas sivuun.”

Kuntoutuksen kestosta johtuen osa lapsista ehti täyttää kuntoutuksen aikana 13 vuotta. Tämän myötä hoitovastuu siirtyy usein lastenpsykiatrialta nuorisopsykiatrialle. Työntekijöiden mukaan edellä mainittujen erikoisalojen toimintakulttuureissa on eroja, mikä on tärkeää huomioida jatkossa. Toimintakulttuurien erot saattavat korostua etenkin perhelähtöisen työskentelyn päättyessä.

”Ja se on se suurin varmaan, jossa tulee se suurin kulttuuriero myöskin perheiden kanssa. Et he on niinkun pettyneitä siitä, että heitä ei oteta enempää mukaan siihen. Et vähän karkeesti sanottuna, et kyl tässäkin on eroja. Mut kun se lähtökohta ikään kuin siihen, et sit se on enempi sen nuoren varassa.”

”Ehkä nuorisopuolella jotenkin hoidetaan nuorta enemmän jotenkin, tuetaan tavallaan, niinkun irti perheestään. Ei ole niin vahvaa kulttuuria siitä, että nuori ja perhe jotenkin yhdessä ratkoo niitä ongelmia.”

Työntekijöiden haastattelujen perusteella yläikärajaa on tärkeää pohtia myös hieman toisesta näkökulmasta. Haastatteluissa tuli ilmi, että vanhemmilla lapsilla oirekuvan haitta-aste saattoi joissakin tilanteissa olla merkittävä ja käytösongelmat jo huomattavia.

”Esimerkiksi voi olla hyvin aktiivista aggressiivisuutta voi olla niinkun, että paikat hajoilee. Et jos puhutaan vähän isommista pojista tai tytöistä, niin voi olla tosi haastavia ne tilanteet. – On voinut tulla kyllä ihan oikeesti isoja nyrkkitappeluja.”

”Ja on täällä ollut siis kiinnipitoja. Et kyllä niinkun sanallisesti, et aggressiivisiakin lapsia on, ja uhkailee sekä itsensä vahingoittamisella että työntekijöitten.”

5.3.3 Huoltajien hyvinvoinnin huomioiminen

Työntekijöiden mukaan huoltajat toivoivat usein konkreettista tukea kodin arkeen. Yksi työntekijöiden nimeämä ilmiö oli huoltajan ja lapsen keskinäisen vuorovaikutuksen haasteet silloin, kun lapsi käyttäytyi haastavasti.

”Vanhempien näkökulmasta, jos perheitä miettii, niin on ne rajaamisen kysymykset, että miten rajata niissä tilanteissa lapsia, kun on haastavaa. Ja toisaalta sit tunnesäätelyt, kun itsekin kiehahtaa, et mitä siinä.”

Työntekijät kuvasivat, että perhekuntoutuksessa lähdettiin monesti liikkeelle lapsen tilanteesta ja tavoitteista. Huoltajat saattoivat kuitenkin tuoda jo ensitapaamisessa esille, että heillä oli ollut lapsuudessa samankaltaisia haasteita kuin heidän lapsellaan.

”Monet vanhemmat jotenkin tavallaan, että lähetään siitä että lapsi on keskiössä, niin vanhemmat alkaa peilaamaan siihen, että kun lapsella on koulussa hankaluuksia niin mullakin oli aikanaan myös tos kohtaa. Ja alkaa tunnistamaan myös omaa kuvaa.”

”Esimerkiks miesten kohalla mä oon huomannu, monet alkaa sitten pohtimaan, ettei tää nyt oma koulukaan polku menny sen kummosemmin kuin omalla lapsella. Monesti must tuntuu, et he sit pystyy sanoon ääneen sen et se on ollu kauheen ahdistavaa kattoo oman lapsen tilannetta.”

Työntekijöiden mukaan kuntoutuksessa tuli eteen myös tilanteita, joissa huoltajan kliinisesti merkittävä neuropsykiatrinen oireilu oli jäänyt aikanaan tunnistamatta. Työntekijöiden mukaan huoltajat saattoivat hakeutua terveydenhuollon ammattilaisen luokse, ja joissakin tapauksissa huoltajalle oli esimerkiksi aloitettu ADHD-lääkehoito perhekuntoutuksen aikana.

”Muutama huoltaja on saanut kuntoutuksen aikana itselleen diagnoosin ja lääkeshoidon. He ovat itse niin kuin huomanneet ja itse hakeutuneet. Että ei meidän oo tarvinnu ohjata heitä minnekään.”

Haastattelujen perusteella huoltajien hyvinvointiin on jatkossa tärkeää kiinnittää huomiota koko kuntoutusprosessin aikana. Tämä tarkoittaa niin kuntoutukseen ohjautumista kuin jatkohoidon suunnitteluakin.

”Jos ajatellaan esimerkiksi vanhempien toiminnanohjauksen pulmia. Se kuormittaa, kun joutuu hakemaan ja taas täyttään lippuja ja lappuja. Monet ajattelee, et jak-sanko mä tehdä tätä. Et aika monen kohdalla on tärkeää olla joku palveluohjaaja, joka osaa neuvoa.”

”Ei vanhemmilla aina oo voimavaroja enää lähtee viemään ja taisteleen. Et me ollaan varmaan tehty niissä kohdissa, en tiedä onko se ihan suoraan meidän sitä varsinaista työtä. Mutta ollaan ohjattu taas sitten lähteen julkiselle tai muualle, missä saa tukea, koska siinä voi olla vanhemmilla voimavarat tosi vähissä.”

5.3.4 Kuntoutuksen ja muun hoidon keskinäinen suhde

Perhekuntoutuksen kehittämishankkeiden yhtenä tavoitteena oli muodostaa toimivia palveluketjuja eri toimijoiden kesken. Hoitovastuu säilyi kuntoutuksen ajan terveydenhuollossa kuntoutukseen lähettävällä taholla. Toisaalta psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen raja esimerkiksi lastenpsykiatrian kontekstissa osoittautui haastattelujen perusteella huokoiseksi. Käytännössä lasten ja perheiden saama muu hoidollinen tuki liittyi lähinnä lääkehoitoon.

”Meillä kuntoutukseen ohjautuu aika paljon lapsia, joilla on vähän muuta hoitoa. Lääkehoitoa saavia lapsia on tietysti aika montakin. – – Ja lähinnä sit sitä lääkityksen seurantaa. – – Et se on varmaan se, mitä on kaikkein eniten ehkä siellä hoidossa. Sitten on lapsia, joilla ei ole lääkitystä ja joiden kontaktit hoitavaan tahoon on lähinnä ne meidän palaverit.”

Haastatellut työntekijät toivat myös esille, että perhelähtöisille tuen muodoille on tarvetta. Neuropsykiatrisesti oireilevien lasten tutkimus- ja hoitovastuu erikoissairaanhoidossa on lastenpsykiatrian tai lastenneurologian erikoisalalla. Työntekijöiden mukaan perhe saattaa kuitenkin jäädä vaille tarvitsemaansa tukea esimerkiksi tutkimusjakson jälkeen.

”Lastenneurologialla saattaa olla se, että siellä lapsi käy kahden viikon tutkimukset, ja sitten sieltä sanotaan, että vuoden päästä on seurantakäynti.”

Työntekijät toivat myös esille, että terveydenhuollon mahdollinen resurssipula saattaa aiheuttaa haasteita kuntoutuksen toteutukselle. Perhekuntoutus ei sisältänyt kliinisiä tutkimuksia, vaan tarkoituksena oli, että lapsen ja perheen kokonaistilanne oli kartoitettu riittävän huolellisesti ennen kuntoutukseen ohjautumista. Työntekijöiden mukaan joissakin tilanteissa perhekuntoutuksen tehtäväksi muodostui kuitenkin lapsen ja perheen kokonaistilanteen tarkempi selvittäminen.

”Tässä ihan, viime vuoden loppupuolella kuntoutukseen ohjattuja, niin lääkäri on ehkä nähnyt lapsen sillä kertaa, kun hän teki b-lähtteen. Ja sitten toisen kerran näki meidän aloituspalaverissa.”

”Et mulla on joissakin yhteispalavereissa lääkäri sanonut, et perhekuntoutuksen aikana olis tarkoitus selvittää että onko tää nepsy-haastetta vai jotakin muuta.”

Terveystieteiden toimintakentän haasteet heijastuivat työntekijöiden mukaan myös perhekuntoutukseen sisältyvien yhteispalaverien toteutukseen.

”Kyllähän esimerkiksi poliklinikat, niin se vaihtuvuus henkilökunnassa ja kuormittuvuus mikä siellä on. – Et sieltä harvoin otetaan meihin aktiivisesti yhteyttä. Et jos me ei oltas niin aktiivisia, niin en tiedä montako palaveria olisi.”

5.3.5 Perhekuntoutuksen menetelmistä ja sisällöistä

Kelan hankesuunnitelmassa esitettiin, että kuntoutuksen tuli perustua selkeään viitekehukseen ja perusteltuihin menetelmiin. Haastattelujen perusteella työntekijät hyödynsivät esimerkiksi positiivisen vahvistamisen keinoja perheiden kanssa työskennellessään. Haastateltuja työntekijöitä selkeimmin yhdistävä tekijä oli kuitenkin voimavarasuuntautuneisuuden korostuminen.

”Kyllä se varmaan se voimavarakeskeisyys täällä kaikilla näkyy.”

”Meillä on kuitenkin kaikilla semmoinen ratkaisukeskeinen työskentelyote ja voimavarasuuntautunut. – Niinku ammattiryhmästä riippumatta niin on helppo työskennellä.”

Työntekijöiden mukaan perhekuntoutuksen käyntikerrat toteutuivat yleensä suunnitellusti kaikkien perheiden osalta, joten tältä osin kuntoutus toteutui hyvin samankaltaisena. Yksi merkittävä perhekuntoutusta yhdistävä tekijä oli toiminnallinen työskentelyote.

”Sanoisko yhdellä sanalla: toiminta!”

”Kaikkien lasten kanssa niinkun on enempi ja vähempi, että leikitään. Ja pelataan, käydään ehkä jossakin harrastuksessa tai ulkona ollaan.”

”Lapsenkin toive on monesti se, että hänestä olis mukavaa, että tehtäis yhdessä asioita, hän ja vanhemmat ja me [työntekijät], niinkun ihan jotakin konkreettista tekemistä sen sijaan vaan, että istutaan ja jutellaan.”

Työntekijöiden mielestä toiminnallisuus, kuten myös perheviikonloput, saattoi olla yksi ratkaiseva tekijä myös siinä, että isätkin osallistuivat aktiivisesti perhekuntoutukseen.

”Mut suhteessa kaikkiin muihin palveluihin, ainakin missä minä oon tehny töitä, niin eihän isät oo missään näin paljon mukana kuin tässä.”

Erilaiset visualisoinnin keinot koettiin tärkeäksi kohderyhmän kuntoutuksessa. Yksi käyttöaihe oli lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen ohjaaminen.

”Että melkeinpä kaikki, missä lapsi on mukana, oli se sitten oma tai perhekäynti, niin visualisoidaan se, mitä tänään nyt tehdään ja kuinka kauan. Ja käyttäytymisen ohjaamista semmosilla visuaalisilla merkeillä. Ja myös, että myös sen oman tekemisen kautta vanhemmille sitä.”

”Ja sit mulla on tällöisiä materiaaleja, tunnekortteja ja vahvuuskortteja ja tällöisiä. Et aika paljon mä tällasilla.”

Työntekijöiden mukaan perhekuntoutuksen käytännön toteutuksessa esiintyi kuitenkin huomattavaa yksilöllistä vaihtelua. Työskentelytapaan saattoi vaikuttaa esimerkiksi työntekijän taustakoulutus ja ennen kaikkea aikaisempi työkokemus.

”Mä oon tehny pisimpään työtä oppimisvaikeuksien kanssa, niin me välil tehdään läksyjä sillei et siinä on niinkun siis tietenkin se toinen ohjauksellisen ja tarkkaavuuden tukeminen tai joku strategia mukana.”

”Mä oon alkanu käyttämään voimaannuttavan valokuvan menetelmää. Mä ajattelen, et se on aika monien kanssa kuitenkin toiminut. Mä oon itte kauheen kiinnostunu siitä menetelmästä.”

Etä-LAKU-kuntoutuksessa kaikki tapaamiset tapahtuivat lasten ja perheiden arjen toimintaympäristöissä. LAKU-kuntoutukseen osallistuneet työntekijät toivat esille, että heidänkin mielestään on tärkeää pyrkiä toteuttamaan tapaamisia perheiden arjessa. Tietyt käytännön tekijät, kuten aikataulujen haasteet, saattoivat kuitenkin muodostua esteeksi.

”Et yritetty sitten, jos niitä tekee niitä kotikäyntejä, niin joskus, niin paljon kuin pystyy sitä omaa kalenteria muokkaan sit, et olis just niissä kohdissa mihkä he tarvii sitä tukee, niin mennä, jalkautua sinne arkeenkin.”

”Jossain vaiheessa oli vähän niinkun vakuutusten ja muidenkin kannalta, et ois pitänytkin tehdäkin kaikki täällä, ettei mielellään lähettäskään minnekään. Mutta useimmat tapaamiset on siis täällä [palveluntuottajan tiloissa].”

5.3.6 Perhekuntoutuksen yleiset tekijät

Työntekijöiden mukaan perhekuntoutusta oli tärkeää muokata lasten ja perheiden yksilöllisten tarpeiden mukaan.

”Et mä, mulla ei oo varmaan yhtään semmosta lasta ja perhettä, joittenka kanssa mä en jotain räätälöis.”

Perheiden yksilölliset elämäntilanteet heijastuivat myös kuntoutusprosessin suunnitteluun. Perhekuntoutus eteni vaihteittaisesti, mutta työntekijöiden mukaan joidenkin perheiden kanssa oli tärkeää pohtia aluksi huolellisesti muutostarpeita ja toteutuksen suunnittelua. Toisilla perheillä taas saattoi olla itsellään jo alusta alkaen selkeä käsitys toteutuksesta.

”Mä aattelen, että riippuu varmaan just siitä, että miten perhe on orientoitunut kuntoutukseen. Et jatkuthan nappaa jotenkin heti alusta alkaen, että tätä tää työskentely on. Ja sitten on perheitä, joiden kanssa käynnistyy vähän hitaammin.”

Työntekijöiden pysyvyys koettiin merkittäväksi erityispiirteeksi. Haastateltujen mukaan tämä oli perhekuntoutuksen selkeä vahvuus, kun sitä verrataan nykyisen palvelujärjestelmän tarjoamiin lapsiperhepalveluihin. Työntekijöiden mukaan terveydenhuollossa henkilöiden vaihtuvuus on suurta ja perheille on melko vähän pidempikestoista tukea tarjolla.

”Tää [perhekuntoutus] on varmaan aika monelle perheelle, jos ei kaikille, pisin prosessi yksien ihmisten kanssa.”

”Hiljattain yks lähettävä lääkärikin sanoi, että ihanaa et perhe on täällä perhekuntoutuksessa, että te tapaatte säännöllisesti.”

Palveluntuottajien henkilöstömäärissä oli selvää vaihtelua. Lisäksi osa työntekijöistä toteutti perhekuntoutusta ammatinharjoittajana muun päätoimisen työskentelyn ohella. Joissakin tapauksissa työntekijät puolestaan työskentelivät perhekuntoutuksessa täysipäiväisesti. Jatkossa on tärkeä kiinnittää huomiota siihen, ettei työntekijöiden vastuulla olevien perhekuntoutusprosessien määrä kasva liian suureksi.

”Meillä työntekijöillä oli yhdessä vaiheessa varmaan 150–200 ylityötuntia.”

Työntekijät pohtivat myös sitä, pitäisikö perhekuntoutuksen toteutusta pyrkiä yhenäistämään voimakkaammin. Toimintasisältöjen manualisointia ei kuitenkaan koettu mielekkäänä.

”Sitäkin on välillä mietitty, et pitäiskö tehdä joku sellain käsikirja. Et onhan niitä semmosii, Ihmeelliset vuodet ja Friends, niinku edetään näin. Mut, mun mielestä yks sellai ihanuus on se, et se riippuu tosi pitkälle siitä perheestä, mitä tääl tehdään, puhutaaks me arjesta vai enemmän tunteista. Tää on todella asiakaslähtöistä.”

Perhekuntoutuksen käyntikertojen sisällön määrittäminen etukäteen osoittautui haasteelliseksi myös siksi, että perhekuntoutuksen kestosta johtuen lapsen ja perheen tilanteessa saattoi tapahtua äkillisiä muutoksia. Yksi esimerkki olivat tilanteet, jois-

sa perhetapaamisiin aiottuja käyntikertoja jouduttiinkin suuntaamaan suunniteltua enemmän koulun arkeen.

”On ollut tilanteita, et vaikka koulussa tulee jotain pahoja konfliktitilanteita, ja siellä voi olla sillain, että vanhemmat on tukkanuottasillaan opettajien tai toisten vanhempien kanssa. Meidän kannattaa käyttää aika montakin käyntikertaa siihen, että saadaan se hallintaan ja lapsi pääsee rauhassa jatkamaan koulua, ja vanhemmatkin pystyy olemaan rauhassa mielin. Ja opettajallakin on tietoo, et missä mennään.”

5.3.7 Päiväkodin ja koulun rooli

Perhekuntoutusta oli tarkoitus toteuttaa ainakin osittain lapsen päiväkodin ja koulun arjessa. Esimerkiksi ADHD:n diagnostisten kriteerien mukaan lapsen keskittymisen, aktiivisuuden säätelyn ja impulssikontrollin haasteet ovat pitkäkestoisia ja esiintyvät useissa tilanteissa. Työntekijöiden mukaan koulun rooli saattoi olla merkittävä jo kuntoutukseen ohjautumisessa.

”Aika paljonhan meillä on sillain kuntoutukseen tullut, koulu on laittanu alulle, että lähtekääpä ja tämmöstä ois. Että sehän heti tietenkkin tuo jo semmosen asetelman siihen.”

Lapsen sosiaalisen toimintakyvyn haitoissa ilmeni kuitenkin huomattavaa vaihtelua. Lapsen tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmat saattoivat rajoittaa joissakin tilanteissa selkeämmin joko koti- tai kouluympäristöön. Työntekijöiden mukaan monet perhekuntoutuksessa yhteistyössä mukana olleet opettajat olivat kokeneita, mistä johtuen kouluun suuntautuvalla kuntoutukselle ei aina ollut tarvetta.

”On monia lapsia, joilla koulu rullaa omalla painollaan.”

”Mä mietin sitä, että meillä on tiettyjä kouluja, missä on pienryhmiä, alueellisia luokkia, ryhmäluokkia. Niin, kyllähän siellä on tosi konkareita niinkun opettajina. Niin, että siis että eihän sinne ny oikeesti oo kauheesti niinkun mitään sellasta tarvetta.”

Työntekijöiden mukaan esimerkiksi pienryhmissä saatettiin hyödyntää säännöllisesti erilaisia tukimuotoja, joista hyötyi koko lapsiryhmä.

”Mä aattelen, että pienryhmissä mun mielestä aika hyvin erilaisia menetelmiä käytetään.”

Työntekijöiden mukaan joissakin tilanteissa lapsen koulunkäyntiä tuettiin esimerkiksi yhteisten tapaamisten ja keskustelujen avulla. Toisaalta työntekijät kertoivat myös, että aina tilanteen muuttaminen kaikkien tarpeiden osalta myönteiseen suuntaan ei ollut realistista.

”Ja sitten mä aattelen, että koululla sitten tämmösten niinkun vilkkaitten, joilla on käytöksen haastetta, niin sitten opettajan kanssa mietitään sitä yhdessä että mitä tässä tilanteessa vois tehdä, ja sitä että nimenomaan sitä ennakointia ja opettajalle sitä.”

”Jossain kohtaa, meinas mennä niinkun toiveet jo niin isoiks, että siinä niinkun jouduttiin rajaamaan taas sillain päin sitten.”

”Ja sitä on tosi vaikee sitten alkaa yläkoulussa muuttamaan niitä tilanteita. Et sitten meiän käynnit ei enää sitten kyllä riitä siinä kohtaa.”

Haastavia olivat työntekijöiden mukaan etenkin ne tilanteet, joissa opettajat olivat itsekin kuormittuneita ja stressaantuneita. Näissä tilanteissa opettajan kuormittuneisuutta saattoi selittää se, että monilla opetusryhmän lapsilla ilmeni laajasti erityisen tuen tarvetta.

”Sitten on haastavia luokkia, joissa aikuiset on tiukilla ihan sen koko ryhmän kanssa, että joskus se voi varmaan näkyä vähän semmosena asenneasiana tai jotenkin, yhtä lailla kuin vanhempien väsyminen. – – Ja opettajat, kun ovat ihmisiä kuin me muutkin, että on jotenkin väsynyt ja tiukalla.”

Ja kuten psyykkisesti kuormittuneilla huoltajilla, myös opettajien kuormittuneisuus saattoi heijastua siihen, että kuntoutukseen osallistuneen lapsen toimintaa ja käyttäytymistä tulkittiin korostuneen kielteisesti. Työntekijöiden mukaan näissä tilanteissa oli tärkeää pyrkiä rakentamaan yhteistyötä kodin ja koulun välille. Työntekijöiden mielestä perhekuntoutus antoikin tähän nimenomaiseen tehtävään erinomaiset mahdollisuudet.

”Että [vanhemmille] tulee semmosta, et taas teiän lapsi, ja tulee Wilma-viestiä ja tulee niitä ikäviä puheluja, jotka jo nostaa vanhemman verempainetta, kun näkee että päiväkodista tai koulusta soitetaan, mitä siellä taas on ollu. Et ne on aika monilla vähän semmoset hankalat ne yhteistyökuviot. – – Niissä tilanteissa meiän työ on jotenkin erityisen tärkeitä, ja monesti päästään taas kovastikin eteenpäin sitten, kun on jotenkin semmosta niinkun semmosta yhteisen kielen löytämistä.”

5.3.8 Perhekuntoutuksen toteutuksen keskeisimmät haasteet

Käytännössä perhekuntoutuksen toteutus ei aina edennyt täysin suunnitellusti ja osa perheistä myös keskeytti kuntoutuksen. Työntekijöiden erilaiset käytännön syyt, kuten työn, perhe-elämän ja kuntoutuksen yhteensovittamisen haasteet, olivat merkittäviä tekijöitä kuntoutuksen keskeytysten taustalla.

”Et viimesimmät keskeyttäneet on oikeestaan ollu semmosii tilanteita, joissa ajat ei vaan, vanhemmat käy töissä, kolmivuorotöissä, ja eivät pääse oikein koskaan yhtä aikaa, ja kattoo et tää käy raskaaks perheen arkeen, ja kaikkee muutakin.”

”Töiden takia, ja et on vaikka yksinhuoltajavanhempi ja yksin tulee jostain kaukaa. Et ei pysty kuljettaa eikä pysty sitoutuun. Tai on sellainen keikkaluontonen työ, et sit menettää rahaa. Ja sen ehkä viikon ainoon tulopäivän, jos sattuu oleen niinkun näihinkin käynteihin. Ja sit tietenkin pitää sitoutuu. Et ne on, ne on ollu kyllä tosi käytännönläheisiä ne syyt.”

Myös akuutti lastenpsykiatrinen hoidon tarve saattoi johtaa kuntoutuksen keskeytykseen. Joissakin tilanteissa kuntoutus oli keskeytynyt myös lastensuojelun väliintulosta johtuen, mikä oli johtanut lapsen sijoitukseen kodin ulkopuolelle. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna keskeytykset palautuivat ainakin jossain määrin hoidon, kuntoutuksen ja lastensuojelun perhetyön rajanvedon kysymyksiin. Työntekijöiden mukaan lastensuojelun tukitoimia ei tulisi kuitenkaan pitää kuntoutukseen ohjautumista rajoittavana tekijänä. Heidän mielestään moni perhe oli hyötynyt siitä, että se oli saanut tukea sekä perhekuntoutuksen että lastensuojelun perhetyön muodossa.

”Joidenkin perheiden kohdalla on ollu ihan hyvä, että vaikka on ollu lastensuojelulla aika vakavaakin mietintää vaikka lapsen sijoittamisesta kodin ulkopuolelle, niin se ei oo ollu minusta niinkun huono asia meiän työskentelyn kannalta.”

”Siis mä aattelen, et sehän ehattomasti, siis paljonhan me alotetaankin, että otetaan esimerkiksi perhetyö jossakin vaiheessa mukaan. Ja mä aattelen, et sillonhan se on siis, parhaimmillaanhan se toimii älyttömän hyvin.”

6 Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Kelan kehittämän monimuotoisen perhekuntoutuksen tuloksellisuutta, soveltuvuutta ja hyväksyttävyyttä. Perhekuntoutus oli tarkoitettu 5–12-vuotiaille lapsille, joilla oli diagnosoitu neuropsykiatrinen häiriö, ja heidän perheenjäsenilleen. Kuntoutuksen tavoitteena oli tukea perheiden hyvinvointia ja lasten arjen sujumista kotona, päiväkodissa ja koulussa. Kehittämishankkeen aikana LAKU-perhekuntoutusta oli saatavilla Helsingissä, Kotkassa, Tampereella ja Oulussa ja näiden kaupunkien lähialueilla asuville perheille. Etä-LAKU-perhekuntoutusta oli puolestaan tarjolla perheille, jotka asuivat pitkien välimatkojen päässä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista (Lappi ja Kainuu). Pitkistä välimatkoista johtuen Etä-LAKU-kuntoutusta toteutettiin siten, että kaikki lapsen, huoltajien ja perheen tapaamiset tapahtuivat lapsen ja perheen arjen toimintaympäristöissä. LAKU-kuntoutuksessa huomattava osa tapaamisista toteutettiin myös palveluntuottajan toimitiloissa.

Tutkimukseen osallistuneita henkilöitä seurattiin ilman kokeellisen tutkimuksen vertailuasetelmaa. Tuloksellisuus tarkoitti tässä tutkimuksessa mahdollista havaittua muutosta kahden mittausajankohdan välillä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 198 perhettä. Yhteensä 20 perhettä keskeytti kuntoutuksen tai tutkimuksen. Perhekuntoutukseen ohjattujen lasten yleisin päädiagnoosi oli ADHD. Tämä ei ollut yllättävä havainto, sillä ADHD on yleisin lasten neurokehityksellinen häiriö (Faraone ym. 2015). Tuore palvelujärjestelmäselvitys osoittaa myös, että ADHD on yleisin diagnoosi lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon ohjatuilla 5–12-vuotiailla lapsilla (Huikko ym. 2017).

6.1 Perhekuntoutuksen tuloksellisuus

6.1.1 Lapsen sosiaalinen toimintakyky

Huoltajien arvioiden perusteella lasten empatiakyky oli vahvistunut ja tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteet olivat vähentyneet perhekuntoutuksen päättyessä. Opettajien arvioiden perusteella myönteistä muutosta ei sen sijaan juurikaan havaittu. Tuloksemme saattavat selittyä osin sillä, että perhekuntoutus kohdistui ensisijaisesti kotiympäristöön. Tuloksemme ovat tältä osin yhteneväiset kansainvälisten tutkimusten kanssa. Monimuotoinen perhekuntoutus perustui voimavaralähtöiseen perhe- ja vuorovaikutusterapeuttiseen työskentelyyn. Tämän tyyppiset psykososiaaliset työmuodot soveltuvat ennen kaikkea lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteiden ehkäisyyn ja hoitoon (Sanders ym. 2014; Battagliese ym. 2015; Lejten ym. 2017; Stringaris ym. 2018). Perhelähtöisiä hoitomenetelmiä hyödynnetään enenevässä määrin myös lasten ADHD:n ja autismikirjon häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa, sillä tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmat aiheuttavat tunnetusti merkittävää sosiaalisen toimintakyvyn haittaa tässä kohderyhmässä (Postorino ym. 2016; Daley ym. 2018).

Tässä tutkimuksessa havaitsimme, että lasten alkua- ja lopputilanteen itsearviot eivät eronneet toisistaan. Lasten itsearvioita tulkittaessa tulee kuitenkin muistaa, että kliinissä tutkimusaineistoissa esiintyy tyypillisesti ristiriitaa sen välillä, miten lapset arvioivat sosiaalista toimintakykyään aikuisiin verrattuna (De Los Reyes 2011; Emeh ja Mikami 2014). Lasten itsearviot tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteista poikkeavat kliinissä tutkimusaineistoissa usein huoltajien ja opettajien heistä tekemistä arvioista. Tämä ilmiö korostui aikaisemmassa perhekuntoutuksen lähtötilannetta tarkastelevassa tutkimuksessamme, jonka mukaan perhekuntoutukseen osallistuneiden lasten ja aikuisten arvioiden keskinäiset erot olivat suurimpia arvioitaessa lasten käytöspulmia (Vuori ym. 2017b). Lasten jopa huomattavan positiiviset arviot suhteessa aikuisten arvioihin saattavat jossakin määrin selittyä lapsen itsearviointiin liittyvillä iän ja kehityksen haasteilla. Lasten ja huoltajien keskinäisten näkemysten voimakkaamman ristiriidan on havaittu heijastelevan myös huoltajan voimakkaampaa stressiä. Tästä syystä tuloksia tulkittaessa on tärkeää huomioda, että lasten ja huoltajien arviot olivat lähentyneet toisiaan kuntoutuksen päättyessä. Täten tuloksemme saattavat osaltaan kertoa siitä, että lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmiin liittyvät ristiriitatilanteet kotiympäristössä vähenivät.

Aikaisemmassa tutkimuksessamme havaitsimme myös, että LAKU-perhekuntoutukseen ohjatuilla lapsilla ilmeni merkittävästi enemmän tunteiden säätelyyn ja käyttäytymiseen liittyviä pulmia kuin vertailun tukena käytetyn koululaisaineiston lapsilla (Vuori ym. 2017b). Tässä ja aiemmassa tutkimuksessa esitettyjen tulosten perusteella voimme varovasti päätellä, että myönteisestä muutoksesta huolimatta osalla perhekuntoutukseen osallistuneista lapsista ilmeni merkittäviä tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteita myös kuntoutuksen päättyessä. Tämäkin havainto on yhteinen kansainvälisten hoitotutkimusten kanssa. Lapsuusiässä alkavat neuropsykiatriset ja psyykkiset oireet sekä näistä aiheutuvat sosiaalisen toimintakyvyn haitat jatkuvat melko usein nuoruudessa (Hechtman ym. 2016; Roy ym. 2016; Franke ym. 2018). Oireilun jatkuvuus voi olla homotyyppistä eli lapsuuden tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteet jatkuvat samankaltaisina ja jopa vakavampina käytösongelmina myös nuoruudessa tai heterotyyppistä, jolloin oireilun ilmiö muuttuu muotoaan. Esimerkiksi tunteiden säätelyn vaikeuksien on havaittu olevan yhteydessä ahdistuneisuuteen ja mielialaoireiluun (Stringaris ym. 2014). Näistä syistä johtuen lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteisiin sekä näihin pulmiin yhteydessä oleviin ympäristötekijöihin on tärkeää kiinnittää erityishuomiota, sillä lapset ja perheet saattavat tarvita tukea myös jatkossa, kuten nuoruusiän tärkeissä kehityksessä ja siirtymävaiheissa, jolloin esimerkiksi ahdistus- ja masennusoireilun riski kasvaa merkittävästi lapsuuteen verrattuna (Faraone ym. 2015; Hechtman ym. 2016; Franke ym. 2018).

6.1.2 Huoltajien ja perheen hyvinvointi

Tulostemme perusteella huoltajien kokema vanhemmuuteen liittyvä stressi vähenyi. LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneet huoltajat olivat kuntoutuksen

päätyessä esimerkiksi selvästi vähemmän huolissaan omasta jaksamisestaan ja kotona ilmenevistä ristiriitatilanteista kuin kuntoutuksen alkaessa. Tuloksemme saavat tukea kansainvälisistä hoitotutkimuksista, joiden mukaan perhelähtöinen tuki vahvistaa usein huoltajien pystyvyyden tunnetta ja vähentää vanhemmuuteen liittyvää stressiä (Lee ym. 2012; Fabiano ym. 2015; Colalillo ja Johnston 2016; Thomas ym. 2017). Toisaalta tuloksemme osoittivat, että huoltajien pystyvyyden tunne ei vahvistunut. Edellä viitattuun tutkimuskirjallisuuteen peilaten, tämä havainto oli jokseenkin ennako-oletusten vastainen. Yksi mahdollinen selitys on se, että tässä tutkimuksessa käytetty PSE-mittari poikkeaa kansainvälisissä hoitotutkimuksissa käytetyistä mittareista jonkin verran. On esimerkiksi mahdollista, että käyttämämme versio ei ole yhtä herkkä muutoksille kuin kansainvälisissä tutkimuksissa käytetyt mittarit. Käsitksemme mukaan käyttämämme versiota PSE-mittarista ei ole käytetty aiemmin kotimaisissa hoito- ja kuntoutustutkimuksissa. Yleisväestön seurantalutkimuksessa huoltajien arviot vanhemmuuden pystyvyydentunteestaan PSE-mittarilla mitattuna ovat osoittautuneet pysyviksi eri mittausajankohtien välillä (Junttila ym. 2015).

Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden huoltajien psyykkinen kuormittuneisuus väheni. Tässä tutkimuksessa psyykkistä kuormittuneisuutta kartoitettiin MHI-5-mittarilla. Psyykkinen kuormittuneisuus viittaa esimerkiksi siihen, että huoltajalla saatetaan ilmetä mielialaoireilua. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty, että intensiivisempi yksilöllinen työskentelyote saattaa hyödyttää erityisesti niitä huoltajia, joilla ilmenee mielialaoireita (Sanders ym. 2014; Hinshaw ym. 2015; Daley ym. 2018). Lisäksi havaitsimme, että Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden huoltajien mukaan myös perhesuhteet olivat muuttuneet myönteiseen suuntaan (ks. lapsen elämänlaatu -mittari). Nämä tutkimushavainnot tuovat lisätukea näkemykselle, jonka mukaan perhelähtöinen työote saattaa lisätä psykososiaalisen tuen tuloksellisuutta. Tämä on myös tutkimuksemme lisäarvo, sillä kotona tehtävän perhetyön mahdollisista hyödyistä ei ole juurikaan tehty tutkimusta (Daley ym. 2018).

Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu erilaisia yhdysvaikutuksia. Aikaisemmassa LAKU-kuntoutusta tarkastelevassa artikkelissa havaitsimme, että alkutilanteissa psyykkisesti kuormittuneet huoltajat arvioivat lapsilla esiintyvän keskimäärin enemmän käyttäytymisen pulmia kuin ei-kuormittuneet huoltajat. Kuntoutuksen päätyessä psyykkisesti kuormittuneiden ja ei-kuormittuneiden huoltajien arvioiden keskiarvot eivät eronneet toisistaan. Myönteinen muutos huoltaja-arvioissa tapahtui nimenomaan psyykkisesti kuormittuneiden huoltajien ryhmässä (Vuori ym. 2018a). Perhelähtöisellä psykososiaalisella tuella saattaa täten olla myös erityisiä välillisiä hyötyjä, jotka tulee pitää mielessä. Toisaalta nyt havaitut tuloksemme osoittivat, että melko huomattava osa vastaajista – erityisesti äideistä – toi esille psyykkistä kuormittuneisuutta ja ahdistuneisuutta myös kuntoutuksen päätyessä.

6.1.3 Muutokset päiväkodin ja koulun arjessa

Opettajien arvioiden perusteella myönteistä muutosta lasten sosiaalisessa toimintakyvyssä päiväkotij- ja kouluympäristössä ei juurikaan havaittu. Myös kansainväliset hoitotutkimukset ovat osoittaneet, että intensiivisen perhelähtöisen työskentelyn hyödyt eivät välttämättä heijastu myönteisenä muutoksena päiväkotij- ja kouluympäristöön (Fabiano ym. 2015; Daley ym. 2018). Tämä on hyvin merkittävä löydös, sillä opettaja-arvioiden ajatellaan olevan objektiivisempia kuin hoidon ja kuntoutuksen kohteena olevien perheenjäsenten arvioiden (Daley ym. 2018). Koska kuntoutus kohdistui ennen kaikkea kotiympäristöön, on mahdollista, että huoltajien ennakoasetteet ja odotukset heijastuvat tämän tyyppisissä tutkimusasetelmissa heidän lopputulosarvioihinsa opettajiin verrattuna (Komulainen ym. 2014). Toisaalta tulostemme perusteella päiväkodin ja koulun tukitoimiin tulee jatkossa kiinnittää huomattavasti enemmän huomiota jo interventiota suunniteltaessa, sillä positiiviseen vahvistamiseen perustuvat keinot todennäköisesti vahvistavat perhelähtöisen hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuutta (Fabiano ym. 2015; Hinshaw ym. 2015). Kansainvälisissä tutkimuksissa kodin ja koulun yhteistyön vahvistamiseen tähtäävillä interventioilla on saavutettu viime vuosina hyviä tuloksia myös ADHD:n pääasiassa tarkkaamattoman esiintymismuodon hoidossa ja kuntoutuksessa (Pfiffner ym. 2016).

Tuloksemme osoittivat kuitenkin, että lasten käytöspulmat vähenivät Etä-LAKU-aineistossa. Yksi mahdollinen tekijä tälle havainnolle on se, että lasten ja perheiden arjessa tapahtuvan työskentelyn hyödyntäminen saattaa lisätä psykososiaalisen tuen tehoa kouluympäristössä. Toisaalta Etä-LAKU-kuntoutuksen tuloksellisuus LAKU-kuntoutukseen verrattuna saattaa olla myös yhteydessä lasten ikään. Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneet lapset olivat hieman nuorempia kuin LAKU-kuntoutukseen osallistuneet lapset. Kansainvälisissä tutkimuksissa psykososiaalisen tuen teho on osoittautunut paremmaksi nuorempien lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmien hoidossa (Forehand ym. 2014; Bakker ym. 2017; Kaminski ja Claussen 2017). Lisäksi on syytä huomata, että LAKU-aineiston huoltajat arvioivat lapsilla ilmenevän esimerkiksi enemmän tunteiden säätelyn vaikeuksia kuin Etä-LAKU-aineiston huoltajat. Tämä antaa viitteitä siitä, että LAKU-aineiston lasten oireilun haitta-aste saattoi olla keskimäärin voimakkaampaa kuin Etä-LAKU-aineiston lapsilla.

Aikaisemmassa LAKU-kuntoutusta tarkastelevassa tutkimuksessa havaitsimme myös, että tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmat korostuivat kouluympäristössä niillä lapsilla, joille oli asetettu samanaikainen ADHD- ja käytöshäiriödiagnoosi (Vuori ym. 2018a). Tämä saattaa kertoa siitä, että osa lapsista ja perheistä tarvitsisi kenties tiiviimpää tukea kodin tilanteesta johtuen. Esimerkiksi pohjoisamerikkalaisessa ADHD:n hoitotutkimuksessa muutos kouluympäristössä osoittautui vähäisemmäksi niillä lapsilla, joilla oireilu oli lähtötilanteessa voimakkaampaa ja joiden huoltajilla esiintyi enemmän mielialaoireilua (Hinshaw ym. 2015).

Kyselyt opettajille ja työntekijöiden haastattelut valaisivat asiaa toisesta tärkeästä näkökulmasta. Päiväkodin ja koulun lapsi- ja oppilasryhmissä neuropsykiatrisesti oireilevien lasten sosioemotionaaliset taidot saattavat joutua koetukselle. Ympäristön häiriötekijät, ryhmäkokoo, ponnistelua vaativa koulutyöskentely ja muuttuvat sosiaaliset vuorovaikutustilanteet voivat heijastua myös lapsen tunnesäätelyyn (Gaastra ym. 2016; Kok ym. 2016). Lisäksi lapsi- ja oppilasryhmissä saattaa olla myös muita tehostettua tai erityistä tukea tarvitsevia lapsia. Nämä tekijät saattavat lisätä opettajien stressiä, mikä voi ylläpitää lapsiryhmän ja opettajan keskinäistä epäsuotuisaa vuorovaikutusta. Yksi tärkeä lisähuomio on se, että koska perhekuntoutus kesti melko pitkään, myös useat opettajat ehtivät vaihtua kuntoutuksen aikana. Neuropsykiatrisesti oireilevien lasten hoidon ja kuntoutuksen kannalta on tärkeää, että tutkittuja positiiviseen vahvistamiseen perustuvia yleisen ja yksilöllisen tuen keinoja on entistä paremmin ja laajemmin saatavilla. Kotimaiset ja kansainväliset kokemukset osoittavat, että oppilashuollon rooli on merkittävä lasten hyvinvoinnin vahvistamisessa ja käytöspulmien ehkäisyssä (Fabiano ym. 2015; Närhi ym. 2017). Vaikka lapsen sosioemotionaalisia taitoja vahvistavia keinoja hyödynnettiin LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden lasten tukena esimerkiksi koulujen pienryhmissä, sosiaali- ja terveydenhuollon hoitomenetelmien sekä varhaiskasvatuksen ja perusopetuksen toimintakäytäntöjä olisi tuoreimpien selvitysten perusteella tärkeää kehittää aiempaa järjestelmällisemmin (Huikko ym. 2017; Määttä ym. 2017).

6.2 Perhekuntoutuksen soveltuvuus ja hyväksyttävyy

6.2.1 Perhekuntoutuksen rooli lapsiperheiden palvelujärjestelmässä

LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutukseen ohjattujen lasten päädiagnoosien perusteella lasten neuropsykiatrisen ja psyykinen oireilu oli varsin vaihtelevaa. Tulostemme perusteella kuntoutukseen ohjattujen lasten yleisin diagnoosi oli ADHD. Lisäksi osalle lapsista oli asetettu uhmakkuus- tai käytöshäiriödiagnoosi. Voimme olettaa, että nämä diagnoosiryhmät korostuvat myös jatkossa, sillä ADHD sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriö ovat osoittautuneet yleisimmiksi diagnooseiksi lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon ohjatuilla lapsipotilailla (Huikko ym. 2017). Vaikka lapsiperhepalvelujen kehittämistoiminta on ollut runsasta (Eduskunnan tarkastusvaliokunta 2013), erikoissairaanhoidon ohjattujen 5–12-vuotiaiden lasten määrä on kuitenkin yleistynyt 2010-luvulla noin 20 % (Huikko ym. 2017). Erikoissairaanhoidon ohjautumisen on arvioitu liittyvän mielenterveyshäiriöiden ja sosiaalisen toimintakyvyn haittojen parempaan tunnistamiseen ja erikoissairanhoidon avohoitopalvelujen resursoinnin lisääntymiseen (Gyllenberg ym. 2018; Rydell ym. 2018). Toisaalta potilasmäärän kasvu saattaa kertoa myös siitä, että tukimuotojen saatavuus painottuu erikoissairaanhoidon (Gyllenberg ym. 2014).

Kelan perhekuntoutuksen kehittämishankkeiden yhtenä tavoitteena oli selkiyttää Kelan täydentävää roolia. Yhtenä perhekuntoutusta ohjaavana periaatteena oli, että LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutus eivät korvaisi lapsen ja perheen saamaa muuta hoi-

toa. Käytännössä lasten saama perhekuntoutuksen aikainen muu hoito näytti liittyvän lähinnä lääkehoidon seurantaan. Tulostemme, aikaisempien tutkimusten ja tuoreimpien kannanottojen mukaan rajanveto hoidon ja kuntoutuksen välillä onkin hieman keinotekoinen (Fabiano ym. 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Rajanvedon haasteet korostuvat tutkimuksemme kohderyhmässä, sillä neuropsykiatrisen oireiluun liittyvät sosiaalisen toimintakyvyn haitat saattavat olla pitkäkestoisia ja oireilu muuttaa usein myös muotoaan lapsen kasvaessa ja kehittyessä (Faraone ym. 2015; Franke ym. 2018). Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa kuntoutus-sana ei juurikaan esiinny vaan tutkimuksissa puhutaan yleensä hoidosta (Daley ym. 2018).

Tulostemme perusteella monimuotoisen perhekuntoutuksen roolia ja käyttöaiheita lapsiperheiden palvelujärjestelmässä tulisikin pohtia tarkemmin. Kansainväliset pitkittäistutkimukset ovat esimerkiksi osoittaneet, että joillakin lapsilla kliinisesti merkittävän oireilun aiheuttamat sosiaalisen toimintakyvyn haitat ilmenevät mahdollisesti jo ennen kouluikää ja jatkuvat nuoruusikään. Toisen ryhmän muodostavat lapset, joiden oireilu ilmenee selkeämmin noin 10–12 vuoden iässä. (Barker ym. 2010; Sonuga-Barke ja Halperin 2010; Sasser ym. 2016; Sentse ym. 2017.) Kehityspolut ovat yhteydessä erilaisiin yksilö- ja ympäristötekijöihin ja näiden tekijöiden vuorovaikutukseen, mikä heijastuu todennäköisesti perhelähtöisen tuen toteutukseen ja tuloksellisuuteen (Franke ym. 2018; ks. myös Sourander ym. 2018). Perhekuntoutuksessa saattaa korostua ehkäisevä rooli, mutta joissakin tilanteissa lapsen epäsuotuisa kehitys on saattanut edetä jo huomattavan pitkälle, mikä asettaa omat haasteensa kuntoutuksen toteutukselle (vrt. Charach ym. 2013; van Der Pol 2017). Kelan täydentävän roolin kannalta yksi merkittävä havainto on lisäksi se, että tutkittuja näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä ja perhelähtöisiä hoitomuotoja ei ole Suomessa yhdenvertaisesti saatavilla, ja palvelujen saatavuudessa on alueellisia eroja (Borg 2015; Huikko ym. 2017). LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutuksen kaltaiselle perhetyölle on täten mahdollisesti melko laajalti tarvetta.

LAKU- ja Etä-LAKU -kehittämishankkeiden aikana (2010–2018) perhekuntoutuksen ei lähtökohtaisesti ohjattu lapsia ja perheitä, joilla lastensuojelun tukitoimiin liittyvä akuuttivaihe oli käynnissä (lapsen kodin ulkopuolelle sijoittaminen). Intensii-viset perhelähtöiset työmuodot kuitenkin soveltuvat myös näihin tilanteisiin, ja esimerkiksi kansainvälisissä hoitokäytännöissä perhelähtöisten työmuotojen yksi keskeinen tavoite on vähentää lastensuojelun sijaishuollon tarvetta (Lindblad-Goldberg ja Northey 2013; Dishion ym. 2016). LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneiden työntekijöiden mukaan lastensuojelun tukitoimia ei tulisikaan nähdä kuntoutuksen ohjautumista rajoittavana tekijänä. Heidän mielestään moni perhe saattaisi hyötyä esimerkiksi perhekuntoutuksen ja lastensuojelun perhetyön samanaikaisesta tuesta. Perhekuntoutuksen kohderyhmän näkökulmasta tämä on siksikin tärkeä seikka, että neuropsykiatrisesti oireileville lapsille ja heidän perheilleen suunnattujen tukimuotojen määrä ja laatu lastensuojelussa ovat tuoreimman palvelujärjestelmäselvityksen perusteella toistaiseksi puutteellisia (Huikko ym. 2017, 114–120).

6.2.2 Perhelähtöisen kuntoutuksen sisältö ja yhteistyö

Perhekuntoutuksen kehittämishankesuunnitelman mukaan LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutuksen tuli perustua selkeään viitekehykseen ja menetelmiin. Näitä tekijöitä ei ollut kuitenkaan määritelty hankesuunnitelmassa tarkasti etukäteen. Kansainvälisissä hoitotutkimuksissa hoidon sisältö ja toteutus pyritään sen sijaan määrittelemään mahdollisimman tarkkaan jo esitutkimusvaiheessa, jotta varmistutaan siitä, että interventio toteutuu aiotulla tavalla (Zwi ym. 2011; Hukkenberg ja Ogden 2013; Fabiano ym. 2015). Tutkimuksemme antaakin lähinnä kuvailevaa tietoa kuntoutuksen toimintasisällöistä. Haastattelujen perusteella kuntoutuksen toteutus vaihteli esimerkiksi työntekijöiden ja perheiden mieltymysten mukaan. Toisaalta työntekijöiden haastattelut antoivat viitteitä siitä, että kuntoutuksessa hyödynnetään erityisesti voimavaralähtöisyyttä, toiminnallisuutta, ja positiivisen vahvistamisen keinoja (esim. tarrat). Nämä sisällöt ovat myös aikaisempien tutkimusten perusteella erittäin keskeinen osatekijä lasten tunteiden säätelyn ja käytösongelmien hoidossa ja kuntoutuksessa (Kaehler ym. 2016). Kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden järjestelmällistä hyödyntämistä sisällön kehittämisessä kannattaa jatkossa harkita (Wyman ym. 2010; Kaehler ym. 2016; Dishion ym. 2016; Thomas ym. 2017). Esimerkiksi toimintasisällön ja -käytäntöjen yhtenäistäminen ainakin jossain määrin on aikaisempien tutkimusten valossa perusteltua, sillä täsmällisyys toteutuksessa (fideliteetti) on mahdollisesti käyntikertojen määrää olennaisempi tekijä perhelähtöisen hoidon paremman tehon kannalta lasten tunnesäätelyn ja käyttäytymisen ongelmien vähentämisessä. Täsmällisyys toteutuksessa saattaa myös osaltaan vähentää hoito-ohjelman keskeytyksiä (Hukkenberg ja Ogden 2013; Hinshaw ym. 2015; Thijssen ym. 2017b).

Tuloksemme antoivat viitteitä myös siitä, että kuntoutuksen tuloksellisuus on mahdollisesti yhteydessä terapeutin työskentelyn yleisiin tekijöihin. LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutuksessa perheille oli nimetty omat työntekijät, jotka vastasivat kuntoutusprosessista. Perhetyöstä vastaavien henkilöiden nimeäminen edistää tunnetusti terapeutin allianssin vahvistamista. Tutkimukseen osallistuneiden lasten ja heidän huoltajiensa arviot yhteistyöstä eri toimijoiden välillä olivatkin suurimmaksi osaksi myönteiset. Yhteisesti jaettu ymmärrys hoidon ja kuntoutuksen tavoitteista ja hoitokeinoista sekä myönteinen tunneside eri osapuolten välillä ovat osoittautuneet merkittäväksi tekijäksi myös hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuudelle (Kazdin ja McWhinney ym. 2018). Terapeutin allianssin rakentaminen saattaa kuitenkin osoittautua haastavammaksi silloin, kun lapsen huoltajat ovat psyykkisesti kuormittuneita. Tämä saattaa olla puolestaan yhteydessä esimerkiksi perheen taloudellisiin vaikeuksiin (Bagner ja Graziano 2013). Vaikka psykososiaaliselle tuelle ei ole nykytietämyksen mukaan varsinaisia vasta-aiheita, on tärkeää muistaa, että hoito ja kuntoutus saattavat joissakin tilanteissa lisätä konflikteja perheenjäsenten tai perheen ja työntekijöiden välille, mikä saattaa näkyä esimerkiksi hoidon ennaikaisina keskeytyksinä (Antshel ja Barkley 2008).

Tulostemme perusteella suurin osa tutkimukseen osallistuneista lapsista ja huoltajista oli tyytyväisiä tapaamisten määrään. Joidenkin mielestä tapaamisia oli kuitenkin liian vähän ja jotkut huoltajat olisivat puolestaan kaivanneet tapaamisia tiheämmin. Kehittämishankevaiheessa LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutuksiset sisälsivät noin 24 tapaamista (pois lukien aloitusvaiheen tutustumiskäynnit ja yhteispalaverit lähettävän tahon ja koulun kanssa), ja kuntoutuksen kesto oli 1–1,5 vuotta. Kansainvälisissä yksilöllisen perhelähtöisen tuen hoitotutkimuksissa (esim. PMT-O) perheiden käyntimäärien on arvioitu vaihtelevan 20:stä 50 tapaamiseen (Bjornebekk ym. 2015). Toisaalta eräässä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tapaamisia oli keskimäärin 14, kun taas norjalaisessa tutkimuksessa tapaamisia oli keskimäärin 24 (Forgatch ym. 2005; Bjornebekk ym. 2015). Yksilöllisen tukeen perustuvien hoito-ohjelmien (esim. PMT-O) keskimääräinen kesto on puolestaan noin 32 viikkoa (Forgatch ym. 2005). Näin ollen perhekuntoutus ei näyttäisi eroavan käyntimäärien suhteen tunnetuista hoitomenetelmistä, mutta perhekuntoutuksen kesto sen sijaan on hieman pidempi. Tulostemme mukaan lapset ja huoltajat eivät kuitenkaan kokeneet perhekuntoutuksen kestoa kielteisenä asiana. Tosin joidenkin lasten mielestä kuntoutuksen kesto oli liian pitkä. Aikaisempien hoitotutkimusten perusteella perhekuntoutuksen sisällön täsmentäminen saattaisi edistää sitä, että perhekuntoutuksen kesto, käyntimäärät ja intensiteetti määrittyisivät enemmän perheiden tarpeiden mukaan (Pelham ym. 2016; Daley ym. 2018).

Monimuotoisen perhekuntoutuksen keskeyttäneiden perheiden määrä oli melko pieni, kun sitä verrataan esimerkiksi tuoreimpien kansainvälisten hoitotutkimusten tuloksiin. Tosin tulokset koskevat monin paikoin ryhmämuotoisia interventioita (Wymbs ym. 2015; Chacko ym. 2016). Keskeyttäneiden perheiden määrä esimerkiksi Etä-LAKU-kuntoutuksessa oli melko samansuuruinen kuin yksilölliseen tukeen perustuvien hoitomenetelmien tutkimuksissa on havaittu (Forgatch ym. 2005). Yksi merkittävä tekijä hoitoon sitoutumisen taustalla saattaakin olla LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutuksen toteutustapa. On mahdollista, että yksilöllinen tuki lisää myönteistä suhtautumista ja sitoutumista kuntoutukseen jo erilaisista käytännön syistä johtuen. Tulostemme mukaan yksilöllinen toteutus saattaa helpottaa esimerkiksi aikataulujen yhteensovittamista. Tämä on havaittu myös kansainvälisissä tutkimuksissa, joiden mukaan perheet näyttäisivät suosivan nimenomaan yksilöllistettyä toteutustapaa (Koerting ym. 2013). Tuoreen lasten ADHD:n psykososiaalisen hoidon klinisen katsausartikkelin kirjoittanut tutkijaryhmä esittääkin, että käyttäjäkokemuksiin tulee kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Hoitosuosituksiset korostavat toistaiseksi ryhmämuotoisen toteutustavan ensisijaisuutta (Daley ym. 2018).

6.3 Perhekuntoutuksen tutkimuksen haasteita ja jatkonäkymiä

Havaintotutkimuksessamme jää avoimeksi se, missä määrin havaitut muutokset johtuvat nimenomaan perhekuntoutuksesta ja missä määrin taas muista väliin tulevista tekijöistä. Kontrolloitu verrokiasetelma olisi lisännyt tulosten luotettavuutta ja mahdollistanut vaikuttavuuden arvioinnin. Lisäksi on syytä korostaa, että tässä tutki-

muksessa esitelty havaintotutkimusaineisto on LAKU-kuntoutuksen osalta vain noin kymmenesosa niistä 1 500 perheestä, jotka ohjattiin LAKU-perhekuntoutukseen vuosina 2010–2016. Etä-LAKU-kuntoutuksen osalta tutkimusaineiston ulkopuolelle jäivät ainoastaan vuonna 2013 kuntoutukseen ohjatut perheet, joten tutkimus tavoitti reilut kaksi kolmasosaa Etä-LAKU-kuntoutukseen osallistuneista. Vaikka kyselytutkimus oli pieni otos Kelan neuropsykiatrisen perhekuntoutuksen saajista, lapsille, vanhemmille ja opettajille suunnatun monitahoisen tutkimuksen ja siihen liitettyjen tulostuottajien avulla saatiin kuitenkin laaja-alaista tietoa perhekuntoutuksen tuloksellisuudesta.

Tulostuottajien sisäinen reliabiliteetti osoittautui enimmäkseen hyväksi. Lapsen elämänlaatumittarin (KINDL-R) osa-alueiden reliabiliteettikertoimet olivat kuitenkin heikkoja. Tämä on havaittu myös kansainvälisissä tutkimuksissa (ks. Vuori 2018). Tutkimusasetelmaan liittyvistä puutteista huolimatta huomionarvoista on se, että huoltaja-arvioiden perusteella perhekuntoutus näyttäisi soveltuvan etenkin lasten tunteiden säätelyn ja käytöspulmien hoitoon sekä näihin pulmiin liittyvien lapsen ja huoltajan keskinäisen vuorovaikutuksen haasteiden vähentämiseen. Tulokset olivat tältä osin sopusoinnussa aikaisempaan tutkimustietoon nähden (Tarver ym. 2015; Daley ym. 2018).

Toisaalta myönteiset muutokset eivät juurikaan ulottuneet kouluympäristöön. Opettajien arvioihin voi toki vaikuttaa opettajien kato ja vaihtuvuus. Ainoastaan 43 % LAKU- ja Etä-LAKU-tutkimusten jälkimmäiseen kyselyyn osallistuneista opettajista oli vastannut myös alkukyselyyn. Kontrolluimmemkin aikaisemmassa LAKU-aineistoa hyödyntäneessä tutkimuksessamme sen, että joidenkin lasten opettaja oli vaihtunut. Tällä ei kuitenkaan havaittu olevan yhteyttä päätuloksiin (Vuori ym. 2018a). Yksi todennäköinen selittäjä on sen sijaan se, että opettajien aineiston pienestä koosta johtuen mahdollisia tilastollisesti merkitseviä eroja ei saatu näkyviin, koska havaittu myönteinen muutos oli voimakkuudeltaan pieni (Vuori ym. 2018a; ks. Nummenmaa 2010, 383; Sakpal 2010). Tuloksemme ovat tulkittavissa siten, että mikäli muutokset olisivat osoittautuneet voimakkuudeltaan suuriksi, nämä olisivat tulleet näkyviin tilastollisesti merkitsevinä p-arvoina LAKU- ja Etä-LAKU-aineistojen analyysissä. Tämä on tärkeää pitää mielessä, vaikka opettajien yhdistetyssä LAKU- ja Etä-LAKU-aineistojen analyysissä lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen ongelmien väheneminen osoittautuikin tilastollisesti merkitseväksi.

Tuloksiamme pohdittaessa on tärkeää ottaa huomioon myös se, että ADHD-lääkehoito oli hieman yleisempää Etä-LAKU-aineiston lapsilla, joille oli asetettu ADHD-diagnoosi, kuin LAKU-aineiston vastaavassa lapsiryhmässä. Nykytiedon valossa psykososiaalisen tuen ja lääkehoidon yhdistelmä on tehokkaampi lasten ADHD:n hoitomuoto kuin pelkkä psykososiaalinen tuki eli vanhempainohjaus (Hinshaw ym. 2015; Hechtman ym. 2016; Käypä hoito -suositus 2017; Daley ym. 2018; Franke ym. 2018). Lasten ADHD:n hoito- ja kuntoutustutkimuksissa olisi-

kin jatkossa tärkeää huomioida tarkemmin lasten saama lääkehoito jo interventiota suunniteltaessa siitäkin syystä, että alakouluikäisten ADHD-lääkehoito on yleistynyt merkittävästi Suomessa (Vuori ym. 2018b).

Tutkimuksemme kohdistui ainoastaan suomen kielen taitoisiin perheisiin. Kotimaisen rekisteritutkimuksen perusteella ADHD-diagnoosit ovat Suomessa yleisempiä lapsilla, joiden vanhemmat ovat maahanmuuttajia (Lehti ym. 2016). Toisaalta Aspergerin oireyhtymän kohdalla on havaittavissa päinvastainen ilmiö (Lehti ym. 2015). Emme osaa sanoa, missä määrin perhekuntoutukseen ohjautui lapsia esimerkiksi maahanmuuttajataustaisista perheistä. Edellisiin tutkimuksiin viitaten on kuitenkin melko ilmeistä, että heille räätälöityjen tukimuotojen saatavuuteen tulee kiinnittää jatkossa huomiota. Tuoreessa palvelujärjestelmäselvityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat toivat esille, että maahanmuuttajaperheet jäivät monesti vaille riittävää ja asianmukaista tukea. Lisäksi asiakkaiden vieraskielisyys tuo omat käytännön haasteensa psykososiaalisen tuen toteutukselle (Huikko ym. 2017).

Kelan kehittämän monimuotoisen perhekuntoutuksen yhtäläisyyksiä ja eroja esimerkiksi suhteessa Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen terapiamuotoihin olisi myös tärkeää selvittää tarkemmin. Lasten ja perheiden terapiapalvelujen sisällyksen kehittämiseksi myös kokeellisia ja kvasikokeellisia tutkimusasetelmia tulee soveltaa kuntoutuksen kehittämistoiminnassa. Kotimainen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitomenetelmien interventiotutkimus on toistaiseksi ollut vähäistä (Berg 2015; Sourander ym. 2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä tehtävän tutkimusyh-teistyön tiivistäminen saattaisi lisäksi selkeyttää hoidon ja kuntoutuksen rajanvedon haasteita (Huikko ym. 2017).

Vaikuttavuusnäytön ohella kotimaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksissa tulee jatkossa kiinnittää enemmän huomiota myös erilaisten hoito- ja kuntoutusmuotojen kustannusvaikuttavuuteen (Romeo ym. 2005; Rissanen ym. 2018). LAKU-kuntoutuksen kustannuksia ei ole toistaiseksi arvioitu, mutta Etä-LAKU-perhekuntoutuksen kuntoutujakohtaiset kustannukset olivat tuoreen selvityksen perusteella noin 10 000–14 000 euroa (Jaakonsaari ja Karttunen 2017).

Tätä tutkimusta varten kerättyä tutkimusaineistoa on tarkoitus jatkossa hyödyntää lapsen (esim. ikä, sukupuoli ja päädiagnoosi), perheeseen (esim. huoltajan mielialaoireilu) ja hoito-ohjelmaan liittyvien tekijöiden erilaisten yhdysvaikutusten tarkastelulla. Myös lasten ja heidän huoltajiensa keskinäisiin näkemyseroihin päätulosmuuttajien kohdalla on tärkeää kiinnittää enemmän huomiota, sillä hoidon alussa havaitun voimakkaamman näkemyseron on havaittu ennustavan psykososiaalisen hoidon heikompaan tehoon (Goolsby ym. 2017). Rekisteritutkimuksen mahdollisuutta kaikkien Kelan järjestämään perhekuntoutukseen osallistuneiden lasten hyvinvoinnin kehityksen seuraamiseksi on mahdollista harkita jatkossa.

7 Johtopäätökset

Tutkimuksemme mukaan Kelan kehittämä monimuotoinen perhekuntoutus saattaa soveltua erityisesti lapsille, joilla ilmenee neuropsykiatristen ydinoireiden ohella tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen haasteita. Tämä on tärkeä havainto, sillä tunteiden säätelyn vaikeudet ja käytöspulmat aiheuttavat merkittävää sosiaalisen toimintakyvyn häiriötä lapsilla, joilla on diagnosoitu ADHD tai autismikirjon häiriö. Perhelähtöinen vuorovaikutuksellinen työskentely saattaa myös vähentää vanhemmuuteen liittyvää stressiä ja vahvistaa myönteistä perheensisäistä vuorovaikutusta. Tutkimuksemme antoi myös alustavia viitteitä siitä, että lasten ja perheiden arjessa tapahtuva kuntoutus saattaa osaltaan vahvistaa perhelähtöisen työskentelyn tuloksellisuutta kotona ja koulussa. Tutkimusasetelmasta johtuen emme pysty kuitenkaan sanomaan tarkasti, missä määrin muutos on luettavissa kuntoutuksen aikaansaamaksi. Opettajien arvioiden perusteella myönteistä muutosta lasten sosiaalisessa toimintakyvyssä päiväkotij- ja kouluympäristössä ei juurikaan havaittu. Koska päiväkodin ja koulun lapsiryhmissä neuropsykiatrisesti oireilevien lasten sosioemotionaaliset taidot joutuvat herkästi koetukselle, sosiaali- ja terveydenhuollon hoitomenetelmiä sekä varhaiskasvatuksen ja perusopetuksen toimintakäytäntöjä tulisi kehittää aiempaa järjestelmällisemmin. Tutkimustuloksia on mahdollista hyödyntää myös Kelan järjestämää vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta kehitettäessä.

Lähteet

Abikoff HB, Thompson M, Laver-Bradbury C ym. Parent training for preschool ADHD. A randomized controlled trial of specialized and generic programs. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2015; 56 (6): 618–631.

Antshel KM, Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2008; 17 (2): 421–437.

Bagner DM, Graziano PA. Barriers to success in parent training for young children with developmental delay. The role of cumulative risk. *Behavior Modification* 2013; 37 (3): 356–377.

Bakker MJ, Greven CU, Buitelaar JK, Glennon JC. Practitioner review. Psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems. A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2017; 58 (1): 4–18.

Bandura A. Social cognitive theory. An agentic perspective. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 1–26.

Barker ED, Oliver BR, Maughan M. Co-occurring problems of early-onset persistent, childhood limited, and adolescent onset conduct problem youth. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51 (11): 1217–1226.

Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos AD, Fletcher KE. A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60 (3): 450–462.

Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; (6). Art. No.: CD002020.

Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI ym. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders. A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy* 2015; 75: 60–71.

Bearss K, Johnson C, Smith T ym. Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder. A randomized controlled trial. *JAMA* 2015; 313 (15): 1524–1533.

Beck AT, Beck RW. Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgraduate Medicine* 1972; 52 (6): 81–85.

Becker SP, Luebbe AM, Langberg JM. Co-occurring mental health problems and peer functioning among youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. A review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2012; 15 (4): 279–302.

Bjornebekk G, Kjobli J, Ogden T. Children with conduct problems and co-occurring ADHD. Behavioral improvements following parent management training. *Child & Family Behavior Therapy* 2015; 37 (1): 1–19.

Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2014; 48 (7): 606–616.

Borg A-M. Lasten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Näyttöön perustuvien menetelmien kartoitus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 42, 2015.

Brotman MA, Kirchanski K, Stringaris A ym. Irritability in youth. A translational model. *The American Journal of Psychiatry* 2017; 174 (6): 520–532.

Buchanan-Pascall S, Gray KM, Gordon M, Melvin GA. Systematic review and meta-analysis of parent group interventions for primary school children aged 4–12 years with externalizing and/or internalizing problems. *Child Psychiatry & Human Development* 2018; 49 (2): 244–267.

Carlson GA, Danzig AP, Dougherty LR ym. Loss of temper and irritability. The relationship to tantrums in a community and clinical sample. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2016; 26 (2): 114–122.

Cavanagh M, Quinn D, Duncan D ym. Oppositional defiant disorder is best conceptualized as a disorder of emotional regulation. *Journal of Attention Disorders* 2017; 21 (5): 381–389.

Caye A, Spadini AV, Karam RG ym. Predictors of persistence of ADHD into adulthood. A systematic review of the literature and meta-analysis. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 2016; 25 (11): 1151–1159.

Chacko A, Jensen SA, Lowry L ym. Engagement in behavioral parent training. Review of the literature and implications for practice. *Clinical child and Family Psychology Review* 2016; 19 (3): 204–215.

Chacko A, Wymbs BT, Rajwan E, Wymbs F, Feirsen N. Characteristics of parents of children with ADHD who never attend, drop out, and complete behavioral parent training. *Journal of Child and Family Studies* 2017; 26: 950–960.

Charach A, Carson P, Fox S ym. Interventions for preschool children at high risk for ADHD. A comparative effectiveness review. *Pediatrics* 2013; 131 (5): 1584–1604.

Charrois J, Côté SM, Japel C ym. Child-care quality moderates the association between maternal depression and children's behavioural outcome. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2017; 58 (11): 1210–1218.

Chiang H-L, Shur-Fen Gau S. Comorbid psychiatric conditions as mediators to predict later social adjustment in youth with autism-spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2016; 57: 103–111.

Chronis AM, Lahey BB, Pelham W Jr ym. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology* 2007; 43 (1): 70–82.

Chronis-Tuscano A, Wang CH, Woods KE, Strickland J, Stein MA. Parent ADHD and evidence-based treatment for their children. Review and directions for future research. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2017; 45 (3): 501–517.

Coghill D, Sonuga-Barke EJ. Annual research review. Categories versus dimensions in the classification and conceptualisation of child and adolescent mental disorders. Implications of recent empirical study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2017; 53 (5): 469–489.

Colalillo S, Johnston C. Parenting cognition and affective outcomes following parent management training. A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2016; 19 (3): 216–235.

Copeland WE, Brotman MA, Costello EJ. Normative irritability in youth. Developmental findings from the Great Smoky Mountains study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2015; 54 (8): 635–642.

Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M ym. Practitioner review. Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018; 59 (9): 932–947.

Dawson AE, Wymbs BT, Marshall SA, Mautone JA, Power TJ. The role of parental ADHD in sustaining the effects of a family-school intervention for ADHD. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology* 2016; 45 (3): 305–319.

Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry & Human Development* 2010; 41 (2): 168–192.

De Los Reyes A. More than measurement error. Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2011; 40 (1): 1–9.

Del Re AC, Fluckiger C, Horvath AO ym. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship. A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2012; 32 (7): 642–649.

Diamond A. Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder with out hyperactivity). A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology* 2005; 17 (3): 807–825.

Diamantopoulou S, Verhulst FC, van der Ende J. The parallel development of ODD and CD symptoms from early childhood to adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2011; 20 (6): 301–309.

Dishion T, Forgatch M, Chamberlain P, Pelham WE. The Oregon model of behavior family therapy. From intervention design to promoting large-scale system change. *Behavior Therapy* 2016; 47 (6): 812–837.

DuPaul GJ, Eckert T, Vilardo B. The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder. A meta-analysis 1996–2010. *School Psychology Review* 2012; 41 (4): 387–412.

Eduskunnan tarkastusvaliokunta. Nuorten syrjäytyminen. Tietoa, toimintaa ja tuloksia. Helsinki: Eduskunta, Tarkastusvaliokunnan julkaisu 1, 2013.

Ehrling L. Multidimensional family therapy. Uusi työtapu nuorten monimuotoisiin ongelmiin. Kokemuksia MDT:n mahdollisuuksista. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, 2014.

Emeh CC, Mikami AY. The influence of parent behaviors on positive illusory bias in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2014; 18 (5): 456–465.

Enders CK. Using the expectation maximization algorithm to estimate coefficient alpha for scales with item-level missing data. *Psychological Methods* 2003; 8 (3): 322–337.

Evans SC, Burke JD, Roberts MC ym. Irritability in child and adolescent psychopathology. An integrative review for ICD-11. *Clinical Psychology Review* 2017; 53: 29–45.

Fabiano GA, Pelham WE Jr, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 2009; 29 (2): 129–140.

Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM, Chacko A, Chronis-Tuscano A. A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2015; 18 (1): 77–97.

Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T ym. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers* 2015; 1: 15020.

Faraone SV, Rostain AL, Blader J ym. Practitioner review. Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder – implications for clinical recognition and intervention. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018. DOI: 10.1111/jcpp.12899.

Fitzpatrick SE, Srivorakiat L, Wink LK ym. Aggression in autism spectrum disorder. Presentation and treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016; 12: 1525–1538.

Forgatch MS, Patterson GR, DeGarmo DS. Evaluating fidelity. Predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon Model of parent management training. *Behavior Therapy* 2005; 36 (1): 3–13.

Forehand R, Jones DJ, Parent J. Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety. What's different and what's the same. *Clinical Psychology Review* 2013; 33 (1): 133–145.

Forehand R, Lafko N, Parent J, Burt K. Is parenting the mediator of change in behavioral parent training for externalizing problems of youth? *Clinical Psychology Review* 2014; 34 (8): 608–619.

Fossum S, Kjobli J, Drugli MB ym. Comparing two evidence-based parent training interventions for aggressive children. *Journal of Children's Services* 2014; 9 (4): 319–329.

Fossum S, Cunningham C, Ristkari T ym. Does parental mental health moderate the effect of a telephone and internet-assisted remote parent training for disruptive 4-year-old children? *Scandinavian Journal of Psychology* 2018; 59 (3): 273–280.

Franke B, Michelini G, Asherson P ym. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology* 2018; 28 (10): 1059–1088.

Frick PJ, Nigg JT. Current issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional disorder, and conduct disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* 2012; 8: 77–107.

Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; (2). Art. No.: CD008225.

Gaastra GF, Groen Y, Tucha L, Tucha O. The effects of classroom interventions on off-task and disruptive classroom behavior in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. A meta-analytic review. *PLoS One* 2016; 11 (2): e0148841.

Garson GD. Hierarchical linear modeling. Guide and applications. Lontoo: Sage, 2013.

Gladstone G, Parker G. What's the use of worrying? Its function and its dysfunction. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37 (3): 347–354.

Goolsby J, Rich BA, Hinnant B ym. Parent–child informant discrepancy is associated with poorer treatment outcome. *Journal of Child and Family Studies* 2017; 27 (4): 1228–1241.

Groh AM, Fearon RP, Bakermans-Kranenburg ym. The significance of attachment security for children's social competence with peers. A meta-analytic study. *Attachment & Human Development* 2014; 16 (2): 103–136.

Gyllenberg D, Gissler M, Malm H ym. Specialized service use for psychiatric and neurodevelopmental disorders by age 14 in Finland. *Psychiatric Services* 2014; 65 (3): 367–373.

Gyllenberg D, Marttila M, Sund R ym. Temporal changes in the incidence of treated psychiatric and neurodevelopmental disorders during adolescence. An analysis of two national Finnish birth cohorts. *The Lancet Psychiatry* 2018; 5 (3): 227–236.

Halperin JM, Bédard A-C, Curchack-Lichtin JT. Preventive interventions for ADHD. A neurodevelopmental perspective. *Neurotherapeutics* 2012; 9 (3): 531–541.

Hastrup A, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J, Pelkonen M. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste -kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3, 2013.

Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH ym. Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. MTA results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2016; 55 (11): 945–952.

Heinonen E, Melartin T, Paunio T. Psykoterapiat. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 287–293.

Hinshaw SP, Arnold LE, for the MTA Cooperative Group. Attention-deficit/hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome. Evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdisciplinary Reviews, Cognitive Science* 2015; 6 (1): 39–52.

Hoza B, Bukowski WM, Beery S. Assessing peer network and dyadic loneliness. *Journal of Clinical Child Psychology* 2000; 29 (1): 119–128.

Huikko E, Kovanen L, Torniainen-Holm M ym. Selvitys 5–12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 14, 2017.

Hukkenberg SS, Ogden T. Working alliance and treatment fidelity as predictors of externalizing problem behaviors in parent management training. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 2013; 81 (6): 1010–1020.

Härkäpää K, Järvikoski A, Kippola-Pääkkönen A, Autti-Rämö I. Sopeutumisvalmennuskurssin koetut hyödyt ja vaikutukset. *Kuntoutus* 2017; 40 (3–4): 5–19.

Jaakonsaari M, Karttunen A. Lasten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen työaika- ja kustannusseuranta. Helsinki: Kela, Työpapereita 117, 2017.

Johnston C, Jassy JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems. Links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 16 (2): 74–79.

Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 2012; 32 (4): 215–228.

Junttila N, Vauras M. Loneliness among school-aged children and their parents. *Scandinavian Journal of Psychology* 2009; 50 (3): 211–219.

Junttila N, Voeten M, Kaukiainen A, Vauras M. Multisource assessment of children's social competence. *Educational and Psychological Measurement* 2006; 66 (5): 874–895.

Junttila N, Aromaa M, Rautava P ym. Measuring multidimensional parental self-efficacy of mothers and fathers of children ages 1.5 and 3 years. *Family Relations* 2015; 64 (5): 665–680.

Kaehler LA, Jacobs M, Jones DJ. Distilling common history and practice elements to inform dissemination. Hanf-model BPT programs as an example. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2016; 19 (3): 236–258.

Kaminski JW, Claussen AH. Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2017; 46 (4): 477–499.

Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008; 36 (4): 567–589.

Karam EA, Sprenkle DH, Davis SD. Targeting threats to the therapeutic alliance. A primer for marriage and family therapy training. *Journal of Marital Family Therapy* 2015; 41 (4): 389–400.

Karjalainen P, Santalahti P, Sihvo S. Vaikuttavatko vanhemmuustaitoja tukevat ohjelmat lapsen käytöshäiriöiden ja -ongelmien ehkäisyssä ja vähentämisessä? *Duodecim* 2016; 132 (10): 967–974.

Kazdin AE, McWhinney E. Therapeutic alliance, perceived treatment barriers, and therapeutic change in the treatment of children with conduct problems. *Journal of Child and Family Studies* 2018; 27: 240–252.

Kelly MJ, Dunstan FD, Lloyd K, Fone DL. Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12. A comparison of five different methods. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 10.

Kippola-Pääkkönen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Autti-Rämö I. Kelan sopeutumisvalmennuksen vaikutukset ja hyödyt lasten vanhempien arvioimina. *Kuntoutus* 2018; 41 (1): 5–20.

Kiviruusu O, Björklund S, Koskinen H-L ym. Short-term effects of the "Together at School" intervention program on children's socio-emotional skills. A cluster randomized controlled trial. *BMC Psychology* 2016; 4: 27.

Koerting J, Smith E, Knowles MM ym. Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behavior problems. A qualitative synthesis of studies of parents' and professionals' perceptions. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2013; 22 (11): 653–670.

Kok FM, Groen Y, Fuermaier AB, Tucha O. Problematic peer functioning in girls with ADHD. A systematic literature review. *PLoS One* 2016; 11 (11): e0165119.

Komulainen J, Vuorela P, Malmivaara A. Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen periaatteita ja sudenkuoppia. *Duodecim* 2014; 130: 1439–1444.

Korpilahti U, Lassander M, Valkeinen H, Hakulinen-Viitanen T. KINDL-R. Lasten ja nuorten terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva geneerinen mittari. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2015; 52 (2): 170–181.

Kretschmer T, Hickman M, Doerner R ym. Outcomes of childhood conduct problem trajectories in early adulthood. Findings from the ALSPAC study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2014; 23 (7): 539–549.

Kyngäs H, Elo S, Pölkki T ym. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011; 23 (2): 138–148.

Kärnä A, Voeten M, Little TD ym. Effectiveness of the KiVa antibullying program. Grades 1–3 and 7–9. *Journal of Educational Psychology* 2013; 105 (2): 535–551.

[Käypä hoito -suositus](#). ADHD. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 1.12.2017.

L 488/1999. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta.

L 417/2007. Lastensuojelulaki.

Lee PC, Niew WI, Yang HJ, Chen VC, Lin KC. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental disabilities* 2012; 33 (6): 2040–2049.

Lehti V, Cheslack-Postava K, Gissler M ym. Parental migration and Asperger's syndrome. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2015; 24 (8): 941–948.

Lehti V, Chudal R, Suominen A, Gissler M, Sourander A. Association between immigrant background and ADHD. A nationwide population-based case-control study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2016; 57 (8): 967–975.

Leiman M. Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim* 2004; 120 (22): 2645–2653.

Lejten P, Gardner F, Landau S ym. Harnessing the power of individual participant data in a meta-analysis of the benefits and harms of the Incredible Years parenting program. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018; 59 (2): 99–109.

Leppämäki S, Niemelä A. Minne Aspergerin oireyhtymä katosi? *Duodecim* 2014; 130: 865–866.

Lerner MD, De Los Reyes A, Drabick DAG ym. Informant discrepancy defines discrete, clinically useful autism spectrum disorder subgroups. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2017; 58 (7): 829–839.

Lindblad-Goldberg M, Northey WF. Ecosystemic structural family therapy. Theoretical and clinical foundations. *Contemporary Family Therapy* 2013; 35 (1): 147–160.

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109, 2010.

Lyall K, Croen L, Daniels J ym. The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health* 2017; 38: 81–102.

Magnuson KM, Constantino JN. Characterization of depression in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2011; 32 (4): 332–340.

Mandy W, Roughan L, Skuse D. Three dimensions of oppositionality in autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2014; 42 (2): 291–300.

March JS, Silva SG, Compton S ym. The case for practical clinical trials in psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162 (5): 836–846.

Martel M. Dispositional trait types of ADHD in young children. *Journal of Attention Disorders* 2016; 20 (1): 43–52.

Martinelli A, Ackermann K, Bernhard A ym. Hostile attribution bias and aggression in children and adolescents. A systematic literature review on the influence of aggression subtype and gender. *Aggression and Violent Behavior* 2018; 39: 25–32.

McCart MR, Priester PE, Davies WH, Azen R. Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth. A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2006; 34 (4): 527–543.

McGuire K, Fung LK, Hagopian L ym. Irritability and problem behavior in autism spectrum disorder. A practice pathway for pediatric primary care. *Pediatrics* 2016; 137 (Suppl 2): e20152851.

Menting ATA, Orobio de Castro B, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior. A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2013; 33 (8): 901–913.

Merjonen P, Josefsson K, Hakulinen C. Temperamentti ja persoonallisuus. Julkaisussa: Latvala A, Silven-toinen K, toim. Käyttäytymisgenetiikka. Geeneistä yhteiskuntaan. Helsinki: Gaudeamus, 2014: 150–168.

Moilanen I, Rintahaka P. Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. Julkaisussa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H ym., toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2016: 217–232.

Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O ym. [Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2017](#). Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.

Musser ED, Karalunas SL, Dieckmann N, Peris TS, Nigg JT. Attention-deficit/hyperactivity disorder developmental trajectories related to parental expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology* 2016; 125 (2): 182–195.

Määttä S, Koivula M, Huttunen K ym. Lasten sosioemotionaalisten taitojen tukeminen varhaiskasvatuk-sessa. Helsinki: Opetushallitus ja Jyväskylän yliopisto, Raportit ja selvitykset 17, 2017.

Nummenmaa L. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi, 2010.

Närhi V, Korhonen T. Toiminnanohjauksen kehitys. Julkaisussa: Hämäläinen H, Laine M, Aaltonen O, Revonsuo A, toim. Mieli ja aivot. Kognitiivisen neurotieteen oppikirja. Turku: Gummerus, 2006: 261–267.

Närhi V, Kiiski T, Savolainen H. Reducing disruptive behaviours and improving classroom behavioural climate with class-wide positive behaviour support in middle schools. *British Journal of Educational Research Journal* 2017; 43 (6): 1186–1205.

O'Connor EE, Collins BA, Supplee L. Behavior problems in late childhood. The roles of early maternal attachment and teacher-child relationship trajectories. *Attachment & Human Development* 2012; 14 (3): 265–288.

Pelham WE Jr, Fabiano GA, Waxmonsky JG ym. Treatment sequencing for childhood ADHD. A multiple-ran-domization study for adaptive medication and behavioral interventions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2016; 45 (4): 396–415.

Perälä ML, Salonen A, Halme N, Nykänen S. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 36, 2011.

Pfiffner LJ, Haack L. Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2014; 23 (4): 731–746.

Pfiffner LJ, Villodas M, Kaiser N, Rooney M, McBurnett K. Educational outcomes of a collaborative school-home behavioral intervention for ADHD. *School Psychology Quarterly* 2013; 28 (1): 25–36.

Pfiffner LJ, Rooney M, Haack L ym. A randomized controlled trial of a school-implemented school-home intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2016; 55 (9): 762–770.

Pfiffner LJ, Rooney ME, Jiang Y, Haack LM, Beaulieu A, McBurnett K. Sustained effects of collaborative school-home intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2018; 57 (4): 245–251.

Pisula E, Ziegart-Sadowska K. Broader autism phenotype in siblings of children with ASD. A review. *International Journal of Molecular Sciences* 2015; 16 (6): 13217–13258.

Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS ym. Annual research review. A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2015; 56 (3): 345–365.

Postorino V, Sharp WG, McCracken CE ym. A systematic review and meta-analysis of parent training for disruptive behavior in children with autism spectrum disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2017; 20 (4): 391–402.

Raitasalo R. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86, 2007.

Raunio K. Onko näyttöön perustuvalla käytännöllä tulevaisuutta sosiaalipalveluissa? *Janus* 2010; 18 (4): 387–395.

Rimpelä M, Rimpelä M, toim. Säästöjä lapsiperheiden palveluremontilla. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätiö KAKS, 2015.

Rissanen E, Kankaanpää E, Surakka A, Vornanen R. Vanhemmuuden varhaisen tuen interventtioiden kustannusvaikuttavuus. Systemaattinen katsaustutkimus. *Yhteiskuntapolitiikka* 2018; 83 (1): 62–72.

Romeo R, Byford S, Knapp M. Annotation. Economic evaluations of child and adolescent mental health interventions. A systematic review. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46 (9): 919–930.

Rosenqvist MA, Sjölander A, Ystrom E, Larsson H, Reichborn-Kjennerud T. Adverse life events during pregnancy and ADHD symptoms in five-year-old offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018. DOI: 10.1111/jcpp.12990.

Roy A, Hechtman L, Arnold LE ym. Childhood factors affecting persistence and desistence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adulthood. Results from the MTA. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2016; 55 (11): 937–944.

Rutter M. Annual research review. Resilience – clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013; 54 (4): 474–487.

Rydell M, Lundström S, Gillberg C ym. Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018; 59 (8): 863–871.

Sakpal TV. Sample size estimation in clinical trial. *Perspectives in Clinical Research* 2010; 1 (2): 67–69.

Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. The Triple P-positive parenting program. A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review* 2014; 34 (4): 337–357.

Sasser TR, Kalvin CB, Bierman KL. Developmental trajectories of clinically significant ADHD symptoms from grade 3 through 12 in a high-risk sample. Predictors and outcomes. *Journal of Abnormal Psychology* 2016; 125 (2): 207–219.

Sayal K, Prasad V, Daley D, Coghill D. ADHD in children and young people. Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry* 2018; 5: 175–186.

Schlomer GL, Bauman S, Card NA. Best practices for missing data management in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology* 2010; 57 (1): 1–10.

Schoemaker K, Mulder H, Dekovic M, Matthys W. Executive functions in preschool children with externalizing behavior problems. A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2013; 41 (3): 457–471.

Sentse M, Kretschmer T, de Haan A, Prinzie P. Conduct problem trajectories between age 4 and 17 and their association with behavioral adjustment in emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence* 2017; 46 (8): 1633–1642.

Shaw P, Eckstrand K, Sharp W ym. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2007; 104 (49): 19649–19654.

Shaw P, Stringaris A, Nigg JT, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry* 2014; 171 (3): 276–293.

Sidani S, Braden CJ. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.

Simonoff E, Jones CR, Baird G ym. The persistence and stability of psychiatric problems in adolescents with autism spectrum disorders. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013; 54 (2): 186–194.

Slavin R, Smith D. The relationship between sample sizes and effect sizes in systematic reviews in education. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 2009; 31 (4): 500–506.

Smith E, Koerting J, Latter S ym. Overcoming barriers to effective early parenting interventions for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Parent and practitioner views. *Child: Care, Health and Development* 2015; 41 (1): 93–102.

Sonuga-Barke EJS, Haleprin JM. Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder. Potential targets for early intervention? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51 (4): 368–389.

Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S ym. Nonpharmacological interventions for ADHD. Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American Journal of Psychiatry* 2013; 170 (3): 275–289.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 41, 2017.

Sourander A, McGrath PJ, Ristkari T ym. Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year-old children. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2016; 73 (4): 378–387.

Sourander A, McGrath PJ, Ristkari T ym. Two-year follow-up of internet and telephone assisted parent training for disruptive behavior at age 4. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2018; 57 (9): 658–668.

Stergiakouli E, Martin J, Hamshere ML ym. Association between polygenic risk scores for attention-deficit/hyperactivity disorder and educational and cognitive outcomes in the general population. *International Journal of Epidemiology* 2017; 46 (2): 421–428.

Stringaris A, Lewis G, Maughan B. Developmental pathways from childhood conduct problems to early adult depression. Findings from the ALSPAC cohort. *The British Journal of Psychiatry* 2014; 205 (1): 17–23.

Stringaris A, Vidal-Ribas P, Brotman MA, Leibenluft E. Practitioner review. Definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018; 59 (7): 721–739.

Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG ym. Young adult outcomes in the follow-up of the MTA study of attention-deficit/hyperactivity disorder. Symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2017; 58 (6): 663–678.

Tani P, Grönfors S, Timonen T. Aspergerin oireyhtymä ja autismin kirjo. Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2011: 216–224.

Tarver J, Daley D, Sayal K. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). An updated review of the essential facts. *Child: Care Health and Development* 2014; 40 (6): 762–774.

Tarver J, Daley D, Sayal K. Beyond symptom control for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). What can parents do to improve outcomes? *Child: Care Health and Development* 2015; 41 (1): 1–14.

TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi](#). Helsinki: TENK, 2009. Viitattu 11.2.2018.

Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What we have learnt about the causes of ADHD? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013; 54 (1): 3–16.

Thijssen J, Vink G, Muris P, de Ruiter C. The effectiveness of parent management training-Oregon model in clinically referred children with externalizing behavior problems in the Netherlands. *Child Psychiatry and Human Development* 2017a; 48 (1): 136–150.

Thijssen J, Albrecht G, Muris P, de Ruiter C. Treatment fidelity during therapist initial training is related to subsequent effectiveness of parent management training-Oregon model. *Journal of Child and Family Studies* 2017b; 26 (7): 1991–1999.

Thomas R, Sanders S, Doust J ym. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder. A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015; 135 (4): e994–1001.

Thomas R, Abell B, Webb HJ ym. Parent-child interaction therapy. A meta-analysis. *Pediatrics* 2017; 140 (3): e20170352.

Thorell LB. The community parent education program (COPE). Treatment effects in a clinical and a community-based sample. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2009; 14 (3): 373–387.

Tick B, Bolton P, Happé F, Rutter M, Rijsdijk F. Heritability of autism spectrum disorders. A meta-analysis of twin studies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2015; 57 (5): 585–595.

Ungar M, Ghazinour M, Richter J. Annual research review. What is resilience within the social ecology of human development? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013; 54 (4): 348–366.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, Valtiontalouden tarkastusviraston selvitykset 3, 2017.

Van Der Oord S, Prins PJ, Oosterlaan J, Emmelkamp PM. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008; 28 (5): 783–800.

van der Pol TM, Hoeve M, Noom MJ ym. Research review. The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems. A meta-analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2017; 58 (5): 532– 545.

van Steensel FJA, Heeman EJ. Anxiety levels in children with autism spectrum disorder. A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies* 2017; 26: 1753–1767.

Vataja R. Mitä neuropsykiatria on? Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2011a: 16–19.

Vataja R. Neuropsykiatrista anatomiaa ja patofysiologiaa. Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2011b: 38–43.

Vester Thorsen S, Rugulies R, Hjarsbech PU, Bjorner JB. The predictive value of mental health for long-term sickness absence. The Major Depression Inventory (MDI) and the Mental Health Inventory (MHI-5) compared. *BMC Medical Research Methodology* 2013; 13: 115.

Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The status of irritability in psychiatry. A conceptual and quantitative review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2016; 55 (7): 556–570.

Vuori M. Lasten elämänlaatumittarin (Kid-KINDL-R) sisäinen yhtenevyys suomalaisessa lapsiaineistossa. Helsinki: Kela, Työpapereita 134, 2018.

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Vanhemmuuteen liittyvät huolenaiheet ja psyykkinen hyvinvointi neuropsykiatrisesti oireilevien lasten huoltajilla. *Kuntoutus* 2017a; 40 (3–4): 20–33.

Vuori M, Autti-Rämö I, Junttila N ym. Discrepancies between self- and adult perceptions of social competence in children with neuropsychiatric disorders. *Child: Care, Health, and Development* 2017b; 43 (5): 670–678.

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Perhekuntoutus lapsen tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmissa. *Suomen Lääkärilehti* 2018a; 73 (19): 29–36.

Vuori M, Aronen E, Sourander A ym. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) lääkkeiden käyttö on yleistynyt. *Duodecim* 2018b; 134 (15): 1515–1522.

Wahlbäck K, Hannukkala M, Parkkonen J, Valkonen J, Solantaus T. Mielenterveystyön edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Duodecim* 2017; 133 (10): 985–392.

Wakschlag LS, Perlman SB, Blair RJ ym. The neurodevelopmental basis of early childhood disruptive behavior. Irritable and callous phenotypes as exemplars. *The American Journal of Psychiatry* 2018; 175 (2): 114–130.

Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015; 14 (3): 270–277.

Waschbusch DA. A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin* 2002; 128 (1): 118–150.

Wyman PA, Cross W, Hendricks Brown C ym. Intervention to strengthen emotional self-regulation in children with emerging mental health problems. Proximal impact on school behavior. *Journal of Abnormal Psychology* 2010; 38 (5): 707–720.

Wymbs FA, Cunningham CE, Chen Y ym. Examining parents' preferences for group and individual parent training for children with ADHD symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2016; 45 (5): 614–631.

Zelazo PD, Carlson SM. Hot and cool executive function in childhood and adolescence. *Development and plasticity. Child Development Perspectives* 2012; 6 (4): 354–360.

Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P ym. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents. A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2015; 14 (2): 207–222.

Zimmerman D, Ownsworth T, O'Donovan A, Roberts J, Gullo MJ. High-functioning autism spectrum disorder in adulthood. A systematic review of factors related to psychosocial outcomes. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 2018; 43 (1): 2–19.

Zwi M, Jones H, Thorgaard C ym. Parent training interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; (12). Art. No.: CD003018.

Liiteluettelo

Liitteet ovat erillisessä [tiedostossa](#).

Liite 1. Tulosmuuttujien reliabiliteettikertoimet ja kuvailevat tunnusluvut (LAKU-aineisto)

Liite 2. Tulosmuuttujien reliabiliteettikertoimet ja kuvailevat tunnusluvut (Etä-LAKU-aineisto)

SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN RAPORTTEJA

- 10 **Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A, toim.** Sopeutumisvalmennus osallistujien ja toteuttajien arvioimana. 2018. ISBN 978-952-284-041-7 (pdf).
- 9 **Paavonen A-M, Salminen A-L.** Intensiiviset kuntoutuskurssit traumaattisen aivovamman saaneille aikuisille. Hyödyt ja soveltuvuus Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi. 2018. ISBN 978-952-284-038-7 (pdf).
- 8 **Huttunen K, Kosonen J, Waaramaa T, Laakso M-L.** Tunne-etsivät-pelin vaikuttavuus lasten sosioemotionaalisen kehityksen tukemisessa. 2018. ISBN 978-952-284-037-0 (pdf).
- 7 **Saikka P, Rajavaara M, Seppälä U.** Monialainen yhteistyö paikallisessa työllisyyden hallinnassa. Integroiva kirjallisuuskatsaus. 2017. ISBN 978-952-284-030-1 (pdf).
- 6 **Turunen E, Tillman P.** Kun vain lähdetäisiin ajoissa. Matkakorvausten käyttäjien kokemuksia sairausvakuutuksen korvaamista matkoista. 2017. ISBN 978-952-284-027-1 (pdf).
- 5 **Sipari S, Vänskä N, Pollari K.** Lapsen edun toteutuminen kuntoutuksessa. Osallistumista ja toimijuutta vahvistavat hyvät käytännöt. 2017. ISBN 978-952-284-025-7 (pdf).
- 4 **Paltamaa J, Erkkilä J, Kanelisto K, Mustonen O, Nousiainen E.** Pitkät yhtäjaksoiset yksilöterapiat. Terapioiden merkitys kuntoutujan ja kuntoutuksen eri toimijoiden näkökulmista. 2017. ISBN 978-952-284-024-0 (pdf).
- 3 **Pasternack I, Remahl A, Ahovuo-Saloranta A, Isojärvi J, Mäkinen E.** Krooninen väsymysoireyhtymä. Etiologia, diagnostiikka, hoito sekä kuntoutus-interventiot. 2017. ISBN 978-952-284-023-3 (pdf).
- 2 **Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Sandelin I, Nissinen H, Autti-Rämö I.** Kelan monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjautuminen ja perheenjäsenten kuntoutustoiveet. 2016. ISBN 978-952-284-011-0 (nid.), ISBN 978-952-284-012-7 (pdf).
- 1 **Turunen E, Tillman P, Maunula N.** Yöpyminen sairaanhoidon matkalla. Sairausvakuutuksen yöpymiskorvaukset ja potilashotellitoiminta Suomessa sekä katsaus potilashotellitoimintaan ja tutkimuskirjallisuuteen muissa Pohjoismaissa. 2016. ISBN 978-952-284-001-1 (nid.), ISBN 978-952-284-002-8 (pdf).